



Beziehungsgestaltung in der Pflege von Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit in der Akutsomatik

Fent, Maddalena
17-667-361

Wäger, Nora
17-667-775

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF17

Eingereicht am: 30.04.2020

Begleitende Lehrperson: Hediger, Rachel

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
1 Einleitung	6
1.1 Problemdarstellung	6
1.1.1 Betroffene Person	6
1.1.2 Gesundheitssystem.....	7
1.1.3 Pflegefachpersonen	8
1.2 Relevanz für die Praxis	9
1.3 Begründung der Themenwahl und Zielsetzung	10
2 Theoretischer Hintergrund	12
2.1 Akutsomatik.....	12
2.2 Pflegefachpersonen	12
2.3 Abhängigkeitserkrankung von Substanzen	13
2.4 Pflegebeziehung und Beziehungsgestaltung	14
2.5 Konzepte	16
2.5.1 Recovery	16
2.5.2 Caring	18
3 Methode	19
3.1 Literaturrecherche	19
3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien	20
3.1.2 Flussdiagramm zum Auswahlprozess.....	21
3.2 Evidenzbestimmung der Studien	22
4 Ergebnisse	22
4.1 Tabellarischer Überblick der Studien.....	23
4.2 Studienergebnisse.....	26

4.2.1 Sicht der Pflegefachpersonen	26
4.2.1.1 Negative Erfahrungen in der Interaktion und deren Auswirkungen	27
4.2.1.2 Persönliche Betroffenheit	28
4.2.1.3 Ethische Verpflichtung	28
4.2.1.4 Haltung der Pflegefachperson	28
4.2.1.5 Wissensdefizit	29
4.2.2 Sicht der Patientinnen und Patienten	31
4.2.2.1 Wissensdefizit	31
4.2.2.2 Negative Erfahrungen in der Interaktion und deren Auswirkungen	32
4.2.2.3 Positive Erfahrungen durch Verständnis für die Sucht	33
5 Diskussion	34
5.1 Würdigung der Studien	34
5.1.1 Übersicht zum Vorgehen bei der Beurteilung der Studien	34
5.1.2 Kritische Beurteilung der Studien	35
5.1.3 Beurteilung der Güte der quantitativen Studien	35
5.1.4 Beurteilung der Güte der qualitativen Studien	36
5.2 Zusammenführung der wichtigsten Ergebnisse	37
5.3 Bezug zur Beziehungsgestaltung	38
5.4 Interpretation der Ergebnisse	40
5.4.1 Pflegefachperson und Haltung	40
5.4.2 Wissen	45
5.4.3 Institution	48
5.5 Konzepte	51
5.5.1 Recovery Konzept	51
5.5.2 Caring	52
5.5.3 Gemeinsamkeiten der Konzepte	55

6 Schlussfolgerung und Bezug zur Fragestellung	56
6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis.....	58
6.1.1 Pflegefachperson und Haltung	59
6.1.2 Wissen	59
6.1.3 Institution.....	60
6.2 Empfehlung für die Pflegewissenschaft.....	61
7 Limitationen	62
Literaturverzeichnis	63
Abbildungsverzeichnis	73
Tabellenverzeichnis	73
Wortzahl	74
Danksagung	75
Eigenständigkeitserklärung.....	76
Anhang	77
Anhang A	77
Anhang B	78
Anhang C	81

Abstract

Hintergrund

Die Substanzabhängigkeit geht mit einer signifikant höheren Komplexitäts-, Komorbiditäts- und Mortalitätsrate einher. Interpersonale und krankheitsbedingte Faktoren dieser Patientinnen und Patienten stellen eine Herausforderung in der Pflegepraxis dar. Pflegefachpersonen sind die Hauptakteure in der Patientinnen- und Patientenversorgung und deren Beziehung nimmt wesentlich Einfluss auf die Behandlungsqualität und den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten.

Ziel

Aufzeigen von Voraussetzungen und evidenzbasierten Strategien für eine professionelle Beziehungsgestaltung mit erwachsenen Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit in der Akutsomatik.

Methode

Mittels einer systematisierten Literaturrecherche wurden in den pflegerelevanten Datenbanken Medline, CINAHL Complete und Pubpsych sechs geeignete qualitative sowie quantitative Studien gefunden.

Ergebnisse

Es wurden überwiegend negativ beeinflussende Faktoren in der Pflegebeziehung identifiziert. Mit Einbezug von Studienergebnissen, welche positive Beziehungserfahrungen aufzeigten, wurde eine differenzierte Bestimmung der Einflussfaktoren auf die Beziehung ermöglicht. Diese Einflussbereiche umfassen Pflegefachperson und Haltung (1), Wissen (2) und Institution (3).

Schlussfolgerung

Die Verantwortung einer professionellen Beziehungsgestaltung und deren Potential muss von Institutionen und Pflegefachpersonen erkannt und gestärkt werden.

Anhand den Ergebnissen konnten für die einzelnen Bereiche Interventionsempfehlungen formuliert werden. Die Integrierung des Recovery und Caring Konzepts fordert zum Paradigmenwechsel auf und bietet eine Orientierungshilfe in der Beziehungsgestaltung.

Keywords: nurse-patient relationship, substance dependence, substance addiction, acute care, nurs*, patient needs, recovery

1 Einleitung

«Somatik und Psychiatrie konnten und können sich getrennt entwickeln – geographisch, disziplinär, in Klinik, Forschung und Lehre und in den Köpfen. Körper und Psyche jedoch bleiben verbunden, sind voneinander abhängig und beeinflussen sich gegenseitig» (Stiefel, 2018, S. 1). Erkenntnisse des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigen, dass somatisch-psychische Komorbiditäten in der Akutsomatik häufig auftreten (Tuch, 2018). So wurde 2016 bei 11.4% aller akutsomatischen Patientinnen und Patienten neben einer somatischen Grunderkrankung zusätzlich mindestens eine psychische Störung diagnostiziert (n=123230). Dabei machten psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen 21.8% aller psychischen Komorbiditäten aus (Tuch, 2018). Eine Untersuchung in den USA zeigt noch höhere Zahlen. Dort wiesen im Jahr 2016 beinahe 10 Millionen (27.8 %) der 35.7 Millionen Hospitalisierten eine Substanzabhängigkeit auf (Owens, Fingar, McDermott, Muhuri, & Heslin, 2019).

1.1 Problemdarstellung

Die mit der Substanzabhängigkeit assoziierten Probleme werden im folgenden Abschnitt aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet.

1.1.1 Betroffene Person

Die Substanzabhängigkeit ist eine Erkrankung, die den Menschen in seiner Gesamtheit, also in seiner Physis wie auch in seiner Psyche beeinflusst. Soziale Isolation, materielle Unsicherheit, körperlicher Folgeschäden, berufliche Perspektivlosigkeit und psychische Zusatzerkrankungen gehen vielfach mit der Substanzabhängigkeit einher (Curran et al., 2008; Martín-Santos, Fonseca, Domingo-Salvany, & Ginés, 2006; Münzel & Klos, 2012). Diese Auswirkungen können zu verheerenden und oft nicht heilbaren Folgeschäden führen. Eine langjährige Substanzabhängigkeit entwickelt sich oft zum Lebensmittelpunkt des Betroffenen und führt zu einer Ausgrenzung in der Gesellschaft.

Die Substanzabhängigkeit führt bei der betroffenen Person in vielen Fällen zu Stimmungsschwankungen, Unzuverlässigkeit, lieblosem und aggressivem Verhalten bis hin zu Ausbrüchen sexueller und körperlicher Gewalt. Davon wird insbesondere die Beziehung zur Familie und nahestehenden Personen geprägt und geschädigt. Nicht selten kommt es deshalb zur Ablösung in der Beziehung (Hutterer et al., 2019). Umgekehrt sind die Beziehungserfahrungen der substanzabhängigen Personen oftmals geprägt von Stigmatisierung, Misstrauen, Abwertung und Inkonstanz. (Münzel & Klos, 2012).

Laut Mersy (2003) und Muhrer (2010) suchen die meisten Personen mit einer Substanzabhängigkeit medizinische Hilfe primär wegen eines physischen Leidens auf und nicht aufgrund ihrer psychischen Erkrankung. Wird eine zielgerichtete, suchtspezifische Therapie begonnen, erfolgt dies oftmals erst nach langer Krankheitsdauer. Dadurch steigt das Chronifizierungs-, und Mortalitätsrisiko stark an (Johnson & Sung, 2009). Gründe für die verzögerte oder nicht erfolgte Inanspruchnahme professioneller Hilfe sind Stigmatisierung und Schamgefühle für die eigene Situation, aber auch fehlende Kenntnisse über Behandlungsangebote oder negative Einstellung zur Behandlung können Anlass dazu bieten (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer, & John, 2009).

1.1.2 Gesundheitssystem

Die Substanzabhängigkeit einer Person hat auch gesundheitsökonomisch relevante Auswirkungen. Untersuchungen der medizinischen Statistik der Akutspitäler zeigen, dass Menschen mit einer somatisch-psychischen Komorbidität einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, als rein somatisch erkrankte Menschen (Sterling, Chi, & Hinman, 2011; Tuch, 2018). Sie haben rund doppelt so viele Nebendiagnosen und ein mehr als doppelt so hohes Komplexitäts- und Komorbiditätslevel. Ebenfalls sind Aufenthaltsdauer, Rehospitalisierungs- und Mortalitätsrate im Spital höher, verglichen mit Personen mit einer rein somatischen Erkrankung (Tuch, 2018).

1.1.3 Pflegefachpersonen

Pflegefachpersonen arbeiten meist direkt am Bett der Patientin oder des Patienten und sind durch die Pflege und Betreuung in häufigem Kontakt mit ihnen (Natan, Beyil, & Neta, 2009). Im Akutspital kommen Pflegefachpersonen mit substanzabhängigen Patientinnen und Patienten in Kontakt, wenn diese aufgrund physischer Beschwerden hospitalisiert sind. Physische Komplikationen tauchen oftmals erst zu einem Zeitpunkt auf, wo der Konsum der Substanz nicht mehr kontrolliert werden kann und zu einem essentiellen und manifestierten Element im Leben des Betroffenen geworden ist (Godfrey, Eaton, McDougall, & Culyer, 2002). Die Pflegefachpersonen betreuen daher oftmals Patientinnen und Patienten in komplexen klinischen und persönlichen Situationen, welche ein hohes Level an Kompetenz, Expertise und Skills erfordern (Ford, Bammer, & Becker, 2009). Es ist bereits bekannt, dass die komplexen Patientensituationen zu einer Herausforderung und Belastung für die Pflegefachperson werden können, gerade weil sie oftmals wenig bis kein vertieftes Wissen bezüglich der Abhängigkeitserkrankung besitzen (Harling et al., 2006; Rassool & Rawaf, 2008). Aus dem oft stressbelasteten Arbeitsalltag auf den Abteilungen resultiert eine Priorisierung von Patientinnen und Patienten. Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit gelten bei dem Pflegepersonal vielfach als anspruchsvoll und störend und werden daher benachteiligt (Boyle et al., 2010; Happell & Taylor, 2001; Mclaughlin, Mckenna, & Leslie, 2000). Ebenfalls ist bekannt, dass Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit für ihre Erkrankung stärker verantwortlich gemacht werden als Menschen mit anderen Diagnosen (Strauser, Ciftci, & O'Sullivan, 2009).

1.2 Relevanz für die Praxis

Die Komplexität einer Substanzabhängigkeit, deren Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung und die Notwendigkeit von Strategieänderungen wurde vom Bund, von Verbänden und Fachpersonen erkannt. Dies zeigt sich beispielsweise in der Strategie vom Bundesamt für Gesundheit «Gesundheit 2020», wo unter anderem zusätzliche Massnahmen zur Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Suchterkrankungen angestrebt werden (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2013). Für Neville und Roan (2014) und Scott et al. (2011) stellt die steigende Inzidenz und die Zunahme der Chronizität und Mortalität von Personen mit einer Substanzabhängigkeit eine Herausforderung in der Pflegepraxis dar. Auch Münzel & Klos (2012) schätzen die Problemlagen bei Personen mit einer Substanzabhängigkeit als verschärft ein. Gründe dafür sind; die Zunahme der psychischen Zusatzerkrankungen, veränderte und zum Teil polytoxikomane Konsummuster und langfristige Chronifizierung der Erkrankung bei sogenannten «Drehtürpatienten». Überdies sind allgemeine Rahmenbedingungen in der pflegerischen Versorgung verändert: höhere Patientenzahlen, erhöhter Kostendruck und verkürzte Behandlungszeiten. Diese Faktoren beeinflussen die Arbeitssituation in der Pflege und schaffen Belastungssituationen für die Mitarbeitenden (Monks, Topping, & Newell, 2013; Münzel & Klos, 2012).

In den Gesundheitsinstitutionen ist die Pflegefachperson oftmals die erste Kontaktperson der Patientinnen und Patienten und bleibt während der ganzen Hospitalisation in engem Kontakt mit ihnen (Büker, 2019; Scott et al., 2011). Eine positive erste Begegnung in der Pflegebeziehung stellt ein bedeutungsvoller Teil für ein frühzeitiges und erfolgreiches Ansprechen auf eine Behandlung dar (Scott et al., 2011). Dadurch kann eine Verbesserung des Zustandes und ein verringertes Mortalitätsrisiko erzielt werden (Scott et al., 2011).

Zu den vorher genannten erschwerenden Faktoren stellen auch zwischenmenschliche Schwierigkeiten im Kontakt mit den Betroffenen eine Herausforderung in der Pflege dar. Betroffene sind durch ihre Substanzabhängigkeit wesentlich geprägt und sind laut Münzel und Klos (2012, S. 218) «vielfach in verschiedenen Lebensbereichen und Anteilen ihrer Persönlichkeit geschädigt». Dies ist spürbar im Umgang mit ihnen und nimmt einen direkten Einfluss auf die interpersonale Beziehung. Hinzu kommt, dass substanzabhängige Menschen oft problematische Beziehungserfahrungen gemacht haben. Diese Faktoren stellen für Pflegefachpersonen eine Herausforderung im Aufbau einer Beziehung als auch in der Beziehungsgestaltung dar und erfordern eine hohe Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit (Münzel & Klos, 2012).

Beispiele von anderen Faktoren, welche einen Einfluss auf die Beziehung nehmen, liefern Peckover und Chidlaw (2007). Sie beschreiben, dass die Fähigkeit zu pflegen eingeschränkt sein kann, wenn sich Pflegefachpersonen im Umgang mit ihren Patientinnen und Patienten Risiken und einer erhöhten Vulnerabilität ausgesetzt fühlen. Dass eine dadurch eingeschränkte Pflege Gefahren birgt, unterstreichen Hunt und Derriott (2001) und Midgely und Peterson (2002). Sie halten fest, dass wenn die Rolle der Pflegefachperson im Umgang mit den Betroffenen nicht gestärkt und gefördert wird, eine fortschreitende Ablösung von diesen Patientinnen und Patienten stattfindet, welche bereits Opfer von Diskriminierung im Gesundheitssystem sind.

1.3 Begründung der Themenwahl und Zielsetzung

Aus dem vorherigen Kapitel geht hervor, dass die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und den Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit oft verschiedenen Hindernissen und Belastungen ausgesetzt ist. Dass die Pflegebeziehung eine hohe Wichtigkeit aufweist und einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten hat, wird von verschiedenen Autoren unterstützt. So beschreibt beispielsweise Pohlmann (2006), dass eine gute Pflegebeziehung wesentlich zur Adhärenz und zum Heilungsprozess des Betroffenen beiträgt.

Auch der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner verdeutlicht, dass eine gelungene Beziehungsgestaltung die Entfaltung von Ressourcen, die Offenheit für die- zur Pflege nötigen Nähe und das Festlegen gemeinsamer Ziele erst ermöglicht (SBK, 2011). Laut Wolff (2011) sind erreichte Behandlungserfolge zu einem überwiegenden Teil auf die unspezifischen Wirkfaktoren einer Beziehung zurückzuführen und Beziehungsstörungen führen dazu, dass pflegerische und therapeutische Massnahmen nur eingeschränkt wirken können.

Zur Themenwahl und Eingrenzung wesentlich beiträgend waren persönliche Erfahrungen der Autorinnen mit Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit in akutsomatischen Institutionen, wo insbesondere die Herstellung und Gestaltung einer Beziehung eine Herausforderung darstellte. Die Autorinnen erlebten Unsicherheiten im Umgang mit den Patientinnen und Patienten und derer psychischen Erkrankung. Im Kontakt hatten sie das Gefühl, dass Patientinnen und Patienten ihnen misstrauten und sich intransparent verhielten. Daraus resultierte gegenseitiges mangelndes Vertrauen, was die Beziehungsgestaltung erheblich erschwerte.

Im Rahmen der Themenwahl wurde festgestellt, dass keine Reviews zum Thema der Beziehungsgestaltung mit substanzabhängigen Patientinnen und Patienten in der Akutsomatik existieren. Um dieser Forschungslücke begegnen zu können, sehen die Autorinnen einen zusätzlichen Bedarf, diese Thematik zu behandeln.

Mit der vorliegenden Bachelorarbeit sollen Voraussetzungen und evidenzbasierte Strategien für eine professionelle Beziehungsgestaltung mit erwachsenen Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Substanzabhängigkeit im Akutspital hospitalisiert sind, aufgezeigt werden.

Daraus lässt sich folgende Fragestellung ableiten:

Wie können Pflegefachpersonen die Beziehung mit erwachsenen Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit in der Akutsomatik professionell gestalten?

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden zentrale Begriffe im Zusammenhang mit der Thematik erläutert und definiert. Daraufgehend werden zwei Konzepte vorgestellt, welche für die Bearbeitung der Fragestellung als relevant erscheinen und deshalb in die Arbeit integriert werden sollen.

2.1 Akutsomatik

Die Akutsomatik schliesst alle akutsomatischen Institutionen mit ein, in welchen die stationäre Behandlung aufgrund einer akuten körperlichen Krankheit oder eines Unfalls durchgeführt wird. Die Behandlung ist zeitlich begrenzt und dauert nur so lange, wie eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich ist (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion, Generalsekretariat, 2011). Die Akutsomatik grenzt sich von psychiatrischen und rehabilitativen Institutionen ab.

2.2 Pflegefachpersonen

Patientinnen und Patienten werden durch Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichen Berufsabschlüssen gepflegt und betreut.

Pflegefachpersonen (diplomierte Pflegefachfrau/diplomierter Pflegefachmann HF/FH) verfügen über einen Abschluss der Tertiärstufe A (Master of Science bzw. Bachelor of Science in Pflege) oder der Tertiärstufe B (Höhere Fachschule, HF).

Fachpersonen Gesundheit (FAGE) und Assistentinnen oder Assistenten Gesundheit und Soziales (AGS) sind der Pflegefachperson untergestellt und besitzen einen Abschluss auf der Sekundärstufe II (Schäfer, Scherrer, & Burla, 2013).

In dieser Arbeit wird die Rolle der Pflegefachperson berücksichtigt, da sie aufgrund ihrer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche die am meisten im Pflegeprozess involvierten Personen sind. Der in dieser Arbeit verwendete Begriff

«Pflegefachperson» steht stellvertretend für diplomierte Pflegefachfrauen und -männer HF/FH.

2.3 Abhängigkeitserkrankung von Substanzen

Die Begriffe «Abhängigkeitserkrankung» und «Substanzabhängigkeit» werden in dieser Arbeit als Synonym zum International Classification of Diseases [ICD] F1x.2 Code des Abhängigkeitssyndroms verwendet. Die ICD Version 10-Codes sind eine Codierung gemäss der internationalen Klassifikation der Krankheiten durch die World Health Organization [WHO] (2019). Mit dem Code «F1» werden substanzbezogene Störungen, darunter auch das sogenannte Abhängigkeitssyndrom gekennzeichnet. In einem weiteren Code wird eine Differenzierung der verschiedenen Substanzen vorgenommen. Dazu zählen illegale Substanzen wie Kokain oder Halluzinogene, aber auch legale Substanzen wie Tabak und Alkohol. Nicht-abhängigkeitserzeugende Substanzen werden exkludiert. Die Abhängigkeitserkrankung von Substanzen ist charakterisiert durch die folgenden sechs Merkmale: Starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren (1), verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums (2), körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen oder Reduktion des Konsums (3), Toleranzentwicklung bezüglich der Substanzwirkung (4), fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen zugunsten des Substanzkonsums (5) und anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (6). Bei Vorliegen von drei oder mehr Kriterien im Verlauf von 12 Monaten wird von einer Abhängigkeit ausgegangen (Batra & Bilke-Hentsch, 2016).

Langandauernder Substanzkonsum geht beinahe immer mit negativen psychischen und körperlichen Begleiterkrankungen einher. Da die Lebenswelten von Menschen neben dem Substanzkonsum von verschiedenen Einflüssen bestimmt werden (z. B. Obdachlosigkeit und Verwahrlosung), ist es schwierig, für körperliche Erkrankungen kausale Zusammenhänge herzustellen (Indermaur, 2016).

Menschen mit einer Substanzabhängigkeit sind überwiegend aufgrund eines physischen Leidens und nicht aufgrund ihrer Substanzabhängigkeit in einem akutsomatischen Spital hospitalisiert. Zur Veranschaulichung dient die folgende (nicht abschliessende) Auflistung häufig auftretender körperlicher Komorbiditäten der Substanzabhängigkeit: bösartige Tumore der Schleimhäute im Verdauungstrakt, leberspezifische Erkrankungen wie z. B. Leberzirrhose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, neurologische Erkrankungen, Abszesse, übertragbare Krankheiten wie Hepatitis und HIV, Intoxikationen und das Entzugssyndrom (Indermaur, 2016).

Es existieren unzählige Theorien zur Frage der Abhängigkeitsentstehung, ohne dass eine davon abschliessend aufschlüsseln kann, wieso jemand von einer Substanz abhängig wird. Man ist jedoch überzeugt, dass soziologische, psychologische und biologische Erklärungsansätze zusammenspielen und sich gegenseitig ergänzen (Cardinal & Everitt, 2004; Soyka, Küffner, & Feuerlein, 2008). Im biopsychosozialen Modell nach Feuerlein und Schulte (1989) wird die Abhängigkeitsentstehung in drei Hauptbereichen aufgezeigt. Ein Teil stellt die Droge dar, samt ihrer Wirkung und ihrem Abhängigkeitspotential, ein anderer Teil stellt die Person, mit ihren genetischen und persönlichen Eigenschaften dar. Der letzte Teil stellt die sozialen und gesellschaftlichen Elemente der Umwelt dar, mit ihren hemmenden und fördernden Einflüssen auf die Person. Ungeachtet der Gründe der Abhängigkeitsentstehung, berichten die meisten Betroffenen von einer grossen seelischen Not, die sie mittels Substanzen zu lindern versuchen (Indermaur, 2016).

2.4 Pflegebeziehung und Beziehungsgestaltung

Die Pflegebeziehung, also die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten, entsteht aufgrund der Funktion der Pflegefachperson und dem Menschen mit Pflegebedarf. Die Pflegefachperson kann die zu versorgenden Patientinnen und Patienten nicht auswählen, ebenso wenig können dies die Patientinnen und Patienten. Die Beziehung wird also nicht freiwillig gewählt. In der Pflegebeziehung stellen die Pflegefachpersonen die Experten dar und die Patientinnen und Patienten die Laien. Sie sind auf die Expertise der Pflegefachpersonen angewiesen, woraus ein Machtgefälle resultiert (Büker, 2019).

Die Nurses Association of New Brunswick (2015, S. 5) definiert die Pflegebeziehung wie folgt:

The therapeutic nurse-client relationship is a planned, time-limited and goal-directed connection between a registered nurse and a client and his significant others, for the purpose of meeting the client's health care needs. Regardless of the context or length of the interaction, the therapeutic nurse-client relationship protects the patient's dignity, autonomy and privacy and allows for the development of trust and respect.

Die Beziehung beginnt mit der ersten Begegnung von Patientin oder Patient und Pflegefachperson. Beziehungsaufbau, Beziehungsgestaltung und die Beendigung der Beziehung sind prägende Bestandteile der beruflichen Pflege (Büker, 2019). Der Beziehungsprozess wird nach Büker (2019) von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Diese können charakteristische Merkmale der Person sein, die Art der Erkrankung und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie das Setting, in welchem die Begegnung stattfindet. Eine professionelle Beziehungsgestaltung bildet die Grundlage für die gemeinsame Arbeit an den gesundheitlichen, pflegerischen und alltagsbezogenen Problemlagen einer Patientin und eines Patienten (Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), 2011). Die professionelle Beziehungsgestaltung zeichnet sich zudem dadurch aus, dass die Beziehung von den Pflegefachpersonen aktiv, zielgerichtet und reflektiert gesteuert wird (Fiechter & Meier, 1992).

Die Bedeutung des Beziehungsaspekts in der Pflege wird unterstrichen durch das Verständnis vom Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess. Den engen Zusammenhang zwischen beiden Begriffen verdeutlichen Fiechter und Meier (1992, S. 32) folgendermassen: »Der Problemlösungsprozess wird erst wirksam durch die Qualität der Beziehung, die zwischen Schwester und Patient zustande kommt«. Diese Aussage impliziert, dass einer guten Beziehung sogar eine therapeutische Wirkung zukommt und sie zur Genesung der Patientin oder des Patienten beitragen kann.

Diese Annahme wird von Wolff (2011) geteilt. Er beschreibt, dass Behandlungserfolge zu einem überwiegenden Teil auf die sogenannten «unspezifischen Wirkfaktoren» einer Beziehung zurückzuführen sind. Beziehungsstörungen würden dabei den Pflegeprozess behindern, da therapeutische und pflegerische Massnahmen nur eingeschränkt wirksam werden können. Die Qualität der Beziehung hängt grundlegend von der inneren Haltung der Pflegefachperson ab (Wolff, 2011).

2.5 Konzepte

Für die Beantwortung der Fragestellung ist es hilfreich, anerkannte Konzepte in der Pflegebeziehung für die Interpretation der Studien miteinzubeziehen. Das Recovery Konzept scheint nicht nur aufgrund seiner verbreiteten Anwendung in der Psychiatriepflege dafür geeignet zu sein, sondern auch aufgrund seines personenzentrierten Ansatzes.

Zusätzlich soll das Caring Konzept in diese Arbeit miteinbezogen werden. Der Miteinbezug erfolgte erst nach der Auseinandersetzung mit den verwendeten Studien und konnte deshalb nicht bei der Literaturrecherche inkludiert werden.

2.5.1 Recovery

Entgegen der englischen Bedeutung von «Recovery» als Erholung, wird Recovery im Rahmen des Konzepts als Veränderungsprozess verstanden, in dem Menschen ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden verbessern können, ein selbstbestimmtes Leben führen und ihr mögliches Potential ausschöpfen können, trotz dem Fortbestehen psychischer Probleme (Indermaur, 2016). Recovery entsprang aus einer Bewegung von Abhängigkeitserkrankten in den 30er Jahren und wurde in den letzten 25 Jahren bekannt. Die Betroffenen machten darauf aufmerksam, dass ein sinnerfülltes, zufriedenes Leben auch mit einer psychischen Krankheit möglich ist. Dies steht im Kontrast zur herkömmlichen psychiatrischen Definition psychischer Gesundheit, die durch Symptommfreiheit oder Remission psychischer Störungen gekennzeichnet ist (Needham & Rabenschlag, 2011).

Recovery als Einstellung und Haltung fördert Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und die vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten. Damit wird auf die subjektive Lebensqualität trotz psychischer Krankheit abgezielt. Der Grundgedanke des Recovery Konzepts soll als Basis für die Haltung von Pflegefachpersonen im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen dienen (Needham & Rabenschlag, 2011).

In vielen traditionellen Behandlungsangeboten für Abhängigkeitserkrankungen steht eine restriktive Haltung im Vordergrund. Diese Grundeinstellung wirkt einem partnerschaftlichen Verhältnis und einer gleichberechtigten Zusammenarbeit in der Pflegebeziehung entgegen (Indermaur, 2016). Im Handeln der Pflegefachperson steht oftmals das «Tun für» im Mittelpunkt, wobei das «Tun mit» der Grundgedanke im recovery-orientierten Handeln ist. «Helfende werden so zu Begleitenden, motivieren und halten die Zuversicht hoch, wenn die Betroffenen diese kaum noch haben» (Indermaur, 2016, S. 35). Die Rolle der Patientinnen und Patienten verändert sich von Konsumenten der Therapie zu aktiv Mitwirkenden (Indermaur, 2016). Eine recovery-orientierte Pflege zeichnet sich unter anderem durch die Förderung der Selbsthilfefähigkeit aus (Knuf, 2004). Durch diese Eigenverantwortung tragen die Patientinnen und Patienten einen wichtigen Teil zu ihrem Gesundungsprozess bei und formulieren und verfolgen ihre eigenen Ziele (Indermaur, 2016).

Auch bei der professionellen Beziehungsgestaltung ist der Miteinbezug der Patientinnen und Patienten in den Pflegeprozess von elementarer Bedeutung (Hulskers, 2003). Aufgrund dieser Gemeinsamkeit nehmen die Autorinnen an, dass der recovery-orientierte Ansatz in der Pflege ein wichtiger Bestandteil für die Beziehungsgestaltung mit Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit ist.

2.5.2 Caring

Caring bedeutet, sich um andere zu sorgen und sich mit einer von Wertschätzung geprägten Haltung auf jemanden einzulassen. Zentrale Elemente von Caring sind Engagement, Mitgefühl, Vertrauen und menschlicher Beistand in der Pflege (SBK, 2011). Benner und Wrubel (1997) beschreiben Caring als ein Zusammenspiel von Können, Wissen und Fachkompetenz sowie auch Engagement, innerer Beteiligung und mitmenschlicher Anteilnahme. Darüber hinaus umfasst Caring pflegerische Inhalte wie die Begleitung der Betroffenen in der Bewältigung ihres Alltags, deren Beratung und Unterstützung im Umgang mit der Krankheit sowie die Elemente Fürsprache, Einbezug persönlicher Ressourcen, Förderung der Autonomie, Verbesserung der Lebensqualität und professionelle Fürsorge (SBK, 2011).

Es gibt keine einheitliche Definition zu Caring. Dies liegt an den verschiedenen Begrifflichkeiten und den unterschiedlichen pflegewissenschaftlichen Blickwinkeln rund um Caring. Eine wortwörtliche deutsche Übersetzung von Caring ist nicht möglich, es muss umschrieben werden (Schmid, 1999). In dieser Arbeit wird bewusst das englische Wort Caring beibehalten, da es sich in der schweizerischen Pflegesprache etabliert hat. Für die Begriffsumschreibung von Caring wird in dieser Arbeit auf die «middle range theory» von Swanson (1993) zurückgegriffen. In dieser allgemeingültigen Theorie wird Caring als ein verantwortungsvolles, wertschätzendes In-Beziehung-Treten mit Anderen angesehen, um Wachstum und Gesundheit zu ermöglichen. Dabei verfolgt der Caring-Prozess nach Swanson (Abbildung 1) das Ziel des bestmöglichen Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten.

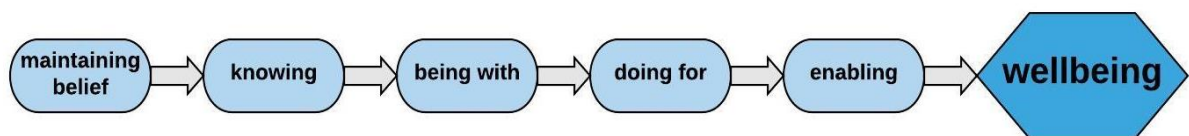


Abbildung 1. Caring-Prozess nach Swanson (1993)

Das Caring zeigt sich aufgrund seiner Personenzentriertheit als wichtiger Bestandteil für die professionelle Beziehungsgestaltung mit substanzabhängigen Patientinnen und Patienten.

3 Methode

Im folgenden Kapitel wird die systematisierte Literaturrecherche, die Auswahl der eingeschlossenen Studien anhand der Ein- und Ausschlusskriterien, sowie die Evidenzbestimmung der Studien erläutert.

3.1 Literaturrecherche

Für den Einstieg in die Arbeit wurde eine Literaturrecherche im Buchbestand der Hochschulbibliothek durchgeführt. Unter der Verwendung von «Google-Scholar» wurde nach wissenschaftlichen Artikeln passend zum Thema recherchiert. Die gefundene Literatur sowie Studien, welche nicht die Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit erfüllten, dienten als Basiswissen in der Einleitung, im theoretischen Hintergrund sowie ergänzend in der Diskussion und im Theorie-Praxis-Transfer. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den pflegerelevanten Datenbanken Medline, CINAHL Complete und Pubpsych durchgeführt. Dabei wurden bei der Multi-Field Search folgende Keywords, basierend auf den Elementen «Population», «Setting» und «Phänomen», verwendet:

nurse-patient relationship, substance dependence, substance addiction, acute care, nurs, patient needs, recovery*

Diese Begriffe wurden mit den Booleschen Operatoren «AND», «OR» oder «NOT» kombiniert, um relevante Literatur zu finden. Zur Eingrenzung der Suchergebnisse wurde eine Schlagwortsuche durchgeführt, unter Verwendung folgender Medical Subject Headings: MH «substance dependence/NU» und MH «nurse-patient relations».

Zur Einschränkung der Literaturergebnisse wurden mehrere Limits verwendet. Für die Gewährleistung der Aktualität des Inhaltes, wurde der Publikationszeitpunkt auf 2009-2019 begrenzt. Ebenfalls wurde das Alter der Studienteilnehmenden auf 18-99 Jahre beschränkt, da sich Kinder und Jugendliche in einem unterschiedlichen psychologischen Entwicklungsstadium gegenüber Erwachsenen und älteren Menschen befinden. Es wurden nur Studien in deutscher oder englischer Sprache berücksichtigt, um den Sprachkenntnissen der Autorinnen gerecht zu werden.

Im Auswahlverfahren der Literatur wurden die gefundenen Treffer anhand der Abstracts nach ihrer Relevanz für die Thematik beurteilt. Bei einer grossen Anzahl Treffer wurde eine weitere Eingrenzung mit zusätzlichen Keywords durchgeführt. Schliesslich wurde mit einer unsystematischen Suche über die Referenzen der ausgewählten Studien weiterführende Literatur ermittelt.

3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Selektion der Studien wurden vorgängig folgende Ein -und Ausschlusskriterien definiert. Eine diagnostizierte Substanzabhängigkeit galt als Einschlusskriterium, sonstige einzelne konsumassoziierte Zustände, wie zum Beispiel die substanzinduzierte Psychose, wurden ausgeschlossen. Ausnahmen wurden im Abschnitt der kritischen Beurteilung begründet. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien, in welchen Teilnehmende mit einer Nikotinabhängigkeit untersucht wurden. Grund dafür war die persönliche Einschätzung, dass sich Nikotin in seiner psychoaktiven Wirkung und seinen Auswirkungen auf die betroffene Person von anderen Substanzen klar abgrenzt. Studien, aus einem ausschliesslich psychiatrischen Setting wurden ebenfalls ausgeschlossen, da die Autorinnen insbesondere im akutsomatischen Bereich Bedarf sehen, dass evidenzbasierte Strategien im Umgang mit substanzabhängigen Personen in der Praxis implementiert werden.

3.1.2 Flussdiagramm zum Auswahlprozess

Im Folgenden wird mit einem Flussdiagramm (Abbildung 2) die Suchstrategie und die Auswahl der Literatur aufgezeigt. Das vollständige Rechercheprotokoll der Literaturrecherche ist im Anhang A aufgeführt.

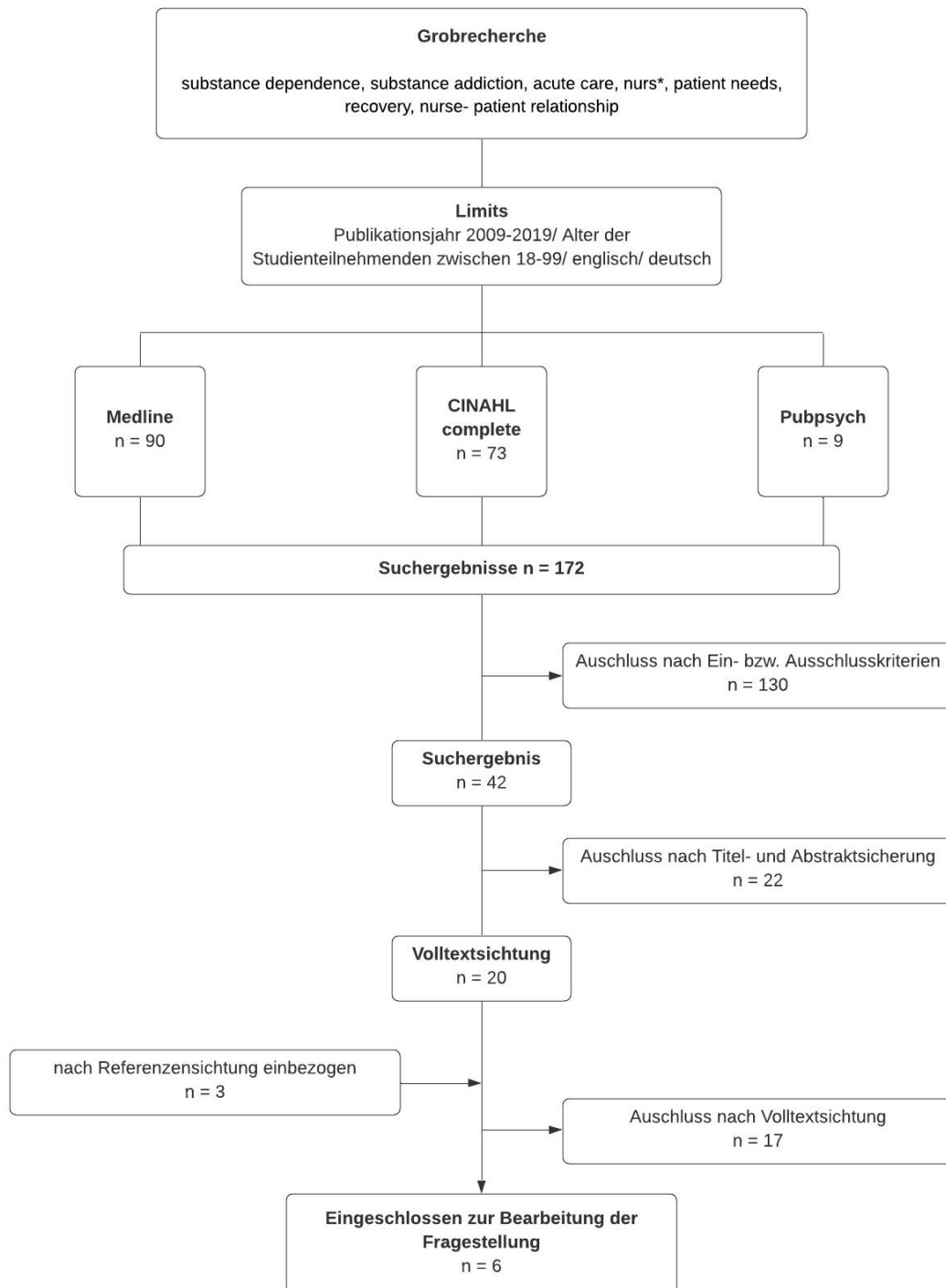


Abbildung 2. Flussdiagramm zum Auswahlprozess (n= Anzahl Studien)

3.2 Evidenzbestimmung der Studien

Die Einschätzung des Evidenzlevels erfolgte anhand der 6S-Pyramide (Abbildung 3) nach DiCenso, Bayley und Haynes (2009). Alle verwendeten Studien in dieser Arbeit befinden sich auf dem höchsten Evidenzniveau («Studies»), welche primäre datenbasierte Studien enthalten.

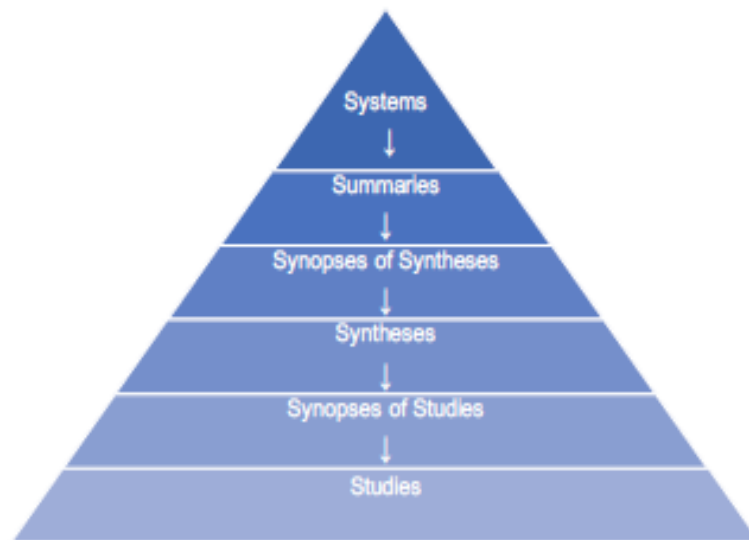


Abbildung 3. 6S-Pyramide der Evidenzlevel (DiCenso et al., 2009)

4 Ergebnisse

Für diese Arbeit wurden insgesamt zwei quantitative und vier qualitative Studien untersucht. Vier der verwendeten Studien befragten Pflegefachpersonen aus verschiedenen akutsomatischen Abteilungen (Chu & Galang, 2013; Ford, 2011; Neville & Roan, 2014; Nilsen, Stone, & Burleson, 2013). Die Studie von Monks, Topping und Newell (2013) beinhaltet zwei Gruppierungen in ihrer Stichprobe: Pflegefachpersonen einer medizinischen Abteilung sowie Patientinnen und Patienten mit illegalem Drogenkonsum. Dion (2019) befragte einzig Personen mit intravenösem Drogenkonsum, die in Behandlung auf einer medizinischen Abteilung waren. Es zeigt sich also eine Mehrheit von Studien, welche Pflegefachpersonen befragten. Für die Komplementierung der Ergebnisse und zur Erhöhung des Verständnisses wurden die anderen Studien, in welchen die Sichtweisen der Patientinnen und Patienten mit Drogenkonsum aufgezeigt werden, in diese Arbeit integriert.

4.1 Tabellarischer Überblick der Studien

Einleitend soll die Tabelle 1 einen Überblick zu den zentralen Ergebnissen der Studien verschaffen.

Tabelle 1. Übersicht der verwendeten Studien (chronologisch nach Publikationsjahr)

Autor Jahr Land	Design	Ziel	Stichprobe	Resultate
Ford 2011 Australien	Qualitativ	Wissen über die interpersonalen Herausforderungen von Pflegefachpersonen in der Pflege von Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit gewinnen und daraus Empfehlungen ableiten.	Pflegefachpersonen (n=311)	Gewalt als Hindernis in der pflegerischen Versorgung: Pflegefachpersonen berichteten über Sicherheitsbedenken, bedingt durch gewaltbereites, missbräuchliches, agitiertes Verhalten der Patientinnen und Patienten. Manipulation als Hindernis in der pflegerischen Versorgung: Pflegefachpersonen erlebten das Verhalten der Patientinnen und Patienten als täuschend und belügend. Als Folge entstanden Zweifel bezüglich der Glaubens- und Vertrauenswürdigkeit in deren Aussagen. Verantwortungslosigkeit als Hindernis in der pflegerischen Versorgung: Pflegefachpersonen äusserten, dass die Patientinnen und Patienten eine fehlende Selbstverantwortung über die eigene Gesundheit und soziale Situation tragen würden. Konsequenz war eine zeitintensive Betreuung und die Benachteiligung anderer Patientinnen und Patienten.
Monks, Topping und Newell 2013 Gross-britannien	Qualitativ	Untersuchung möglicher Einflüsse auf die Gewährleistung pflegerischer Betreuung gegenüber Patientinnen und Patienten mit Drogenkonsum. Eruierung von Erfahrungen und Ansichten, Verstehen des komplexen Zusammenspiels zwischen Wissen und Haltung.	Pflegefachpersonen (n=29) Patientinnen und Patienten mit illegalem Drogenkonsum (n=12)	Fehlendes Wissen: Pflegefachpersonen berichteten über ungenügendes Wissen bezüglich der Substanzabhängigkeit, vor allem in Bezug auf das Entzugsmanagement. Sie erkannten eine Verbindung zwischen dem Wissensdefizit und ihrer verurteilenden Haltung. Misstrauen und Distanzierung: die Interaktion mit Substanzabhängigen wurde von den Pflegefachpersonen als emotional geladen wahrgenommen und führte vermehrt zu Misstrauen. Daraus resultierte ein Minimalisieren der Interaktion und eine abweisende Haltung. Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten nahmen dies wahr und reagierten mit antagonistischem Verhalten. Positive Erfahrungen wurden beschrieben, wenn Pflegefachpersonen über ein persönliches Wissen zur Substanzabhängigkeit verfügen und eine empathische Haltung aufwiesen. Schlussfolgerung: Die Kombination von fehlendem Wissen, negativen Haltungen, Aggressionen, Konflikten und fehlendem Vertrauen beeinflusst die Beziehungsgestaltung negativ.

Nilsen, Stone und Burleson 2013 Vereinigte Staaten	Quantitativ	Analysieren des therapeutischen Commitments von Pflegefachpersonen gegenüber substanzabhängigen Patientinnen und Patienten.	Pflegefachpersonen (n=70)	Mittelwert des DDPPQ lag bei 59 (SD 20.6), bei einer möglichen Punktzahl von 20 bis 140. Dabei gilt: Je tiefer die Punktzahl desto positiver ist die Haltung und höher das therapeutische Commitment. Höchstes therapeutisches Commitment wurde im Verantwortungsbewusstsein geäußert. Hingegen zeigten sich eher hohe Mittelwerte im rollenspezifischen Selbstwertgefühl und in der Arbeitszufriedenheit, was auf einen negativen Einfluss auf die Haltung hinweist.
Chu und Galang 2013 Kanada	Quantitativ	Identifikation der Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber Patientinnen und Patienten mit Drogenkonsum.	Pflegefachpersonen (n=73)	Die Ergebnisse dieser Studie präsentieren mit einem Mittelwert des DDPPQ von 62.6 (SD 15.6) eine neutrale therapeutische Haltung der teilnehmenden Pflegefachpersonen. Dabei zeigten sich ein eher hoher Mittelwert der Kategorien für Motivation und Unterstützung in der Rolle als Pflegefachperson was auf einen negativen Einfluss auf die Haltung hinweist.
Neville und Roan 2014 Vereinigte Staaten	Qualitativ	Erforschen, wie Pflegefachpersonen die pflegerische Versorgung von medizinisch-chirurgischen Patienten mit einer komorbiden Substanzabhängigkeit/-missbrauch wahrnehmen.	Pflegefachpersonen (n=24)	<p>Ethische Pflicht: Die Fürsorgepflicht wurde als wichtiges Prinzip in der Betreuung substanzabhängiger Patientinnen und Patienten benannt. Dazu gehörte Fürsprache, Mitgefühl und Verständnis für Gerechtigkeit in der Pflege ohne Rücksicht auf die Art der gesundheitlichen Problematik. Die Wahrung der Professionalität und ethischen Verpflichtungen stand über den schwierigen Aspekten im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit.</p> <p>Negative Sichtweise: Intoleranz, Wut, Gefühle der Manipulation und des Misstrauens sowie Ängste bezüglich der Eigen-, Patientinnen- und Patientensicherheit wurden empfunden.</p> <p>Bildungsbedarf: Pflegefachpersonen fühlten sich unvorbereitet und unzureichend ausgebildet hinsichtlich der Pflege der Substanzabhängigkeit.</p> <p>Anteilnahme/Mitleid: Beschriebene Besorgnis über Patientinnen und Patienten und deren Familien.</p> <p>Inkongruenz im Schmerzmanagement: Dissonanzen hinsichtlich des Schmerzassessments, Zweifel bezüglich der wahrheitsgerechten Aussage der Patientinnen und Patienten über ihre Schmerzen.</p> <p>Herausforderungen in der Pflege: Negative Wahrnehmungen von Patientinnen und Patienten mit Substanzmissbrauch/-abhängigkeit aufgrund von Misstrauen und Rückfällen der Patientinnen und Patienten.</p>

Dion
2019
Vereinigte
Staaten

Qualitativ

Verstehen von
Wahrnehmungen,
Barrieren und Grenzen
von
Drogenkonsumenten
bei der
Inanspruchnahme von
Gesundheitsleistungen
. Verbesserung der
pflegerischen
Behandlungsqualität
bei dieser vulnerablen
Population.

Personen mit
aktuellem
intravenösen
Drogenkonsum
(n=9), die eine
Behandlung auf einer
medizinischen
Abteilung erhielten.

Marginalisierung: Die Teilnehmenden berichteten von Gefühlen der Wertlosigkeit, Misstrauen gegenüber Pflegefachpersonen und eine Unvorhersehbarkeit in der Behandlung.

Defensives Verhalten: Aufgrund der empfundenen inadäquaten Betreuung reagierten sie mit einem defensiven, abweisenden Verhalten. Dies wiederum führte vermehrt zu Marginalisierung.

Wiederholende Diskriminierung: Erlebte Diskriminierung führte bei allen Teilnehmenden zur frühzeitigen Entlassung gegen medizinischen Rat, erhöhte den Drogenkonsum und führte zu einer verminderten Selbstfürsorge.

Verstehen von Sucht: Drei Studienteilnehmende berichteten von positiven Erfahrungen in der Interaktion mit Pflegefachpersonen. Sie fühlten sich verstanden und nahmen die Pflegefachperson als einfühlsam, aufmerksam und unterstützend wahr. Ihre Substanzabhängigkeit wurde als Krankheit angesehen und sie nahmen folglich mehr medizinische Hilfe in Anspruch.

4.2 Studienergebnisse

In diesem Kapitel sollen jene Hauptelemente der sechs Studien beleuchtet werden, die auf die Pflegebeziehung Einfluss nahmen und deshalb für die Beantwortung der Fragestellung von Bedeutung sind. Die Ergebnisse werden, wie auch in den verwendeten Studien, aus Sicht der Patientinnen und Patienten und jener der Pflegefachpersonen präsentiert und in verschiedene Kategorien eingeteilt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass einzelne Studien unvollständige oder mangelnde quantitative Informationen lieferten. In diesen Fällen folgten die Autorinnen für die Beschreibung der Studienergebnisse, sofern nicht explizit anders erwähnt, dem induktiven Ansatz.

4.2.1 Sicht der Pflegefachpersonen

Im Folgenden wird die Sicht der Pflegefachpersonen beschrieben. Zur Veranschaulichung der negativen Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung dient die Abbildung 4.



Abbildung 4. Negative Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung seitens der Pflegefachpersonen

4.2.1.1 Negative Erfahrungen in der Interaktion und deren Auswirkungen

In der Studie von Neville und Roan (2014) gab es Pflegefachpersonen, die negative Sichtweisen bezüglich der Pflege von substanzabhängigen Patientinnen und Patienten aufzeigten. Dies spiegelte sich in Aussagen wider, in welchen Intoleranz und Wut gegenüber den Betroffenen geäußert wurden, das Gefühl manipuliert zu werden, Frustration über die sich wiederholenden Rückfälle, Misstrauen sowie Ängste bezüglich der Eigen-, Patientinnen- und Patientensicherheit.

Auch die Studie von Ford (2011) zeigte ähnliche Ergebnisse. Hier wird Angst um die eigene Sicherheit von Pflegefachpersonen geäußert, welche Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit als gewaltbereit, agitiert und irrational empfanden. Als weiterer Punkt hinsichtlich der Schwierigkeiten mit Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit, wurde die empfundene Verantwortungslosigkeit der Patientinnen und Patienten gegenüber ihrer eigenen Gesundheit und sozialen Situation geäußert. Auch erlebten sie das Verhalten von substanzabhängigen Patientinnen und Patienten als manipulativ, täuschend und intransparent, insbesondere im Zusammenhang mit der Medikation. Daraus resultierten Zweifel an der Wahrhaftigkeit der Aussagen der Patientinnen und Patienten und fehlendes Vertrauen. In der Studie von Neville und Roan (2014) wurde von Pflegefachpersonen berichtet, dass insbesondere während des Schmerzassessments Zweifel aufkamen, wenn die objektive Schmerzeinschätzung nicht mit den subjektiv berichteten Schmerzen übereinstimmte.

Monks et al. (2013) beschrieben von Pflegefachpersonen, welche die Interaktionen mit substanzabhängigen Patientinnen und Patienten oftmals als emotional belastend empfanden und durch Misstrauen geprägt war. Daraus resultierte ein Minimalisieren der Interaktion und eine abweisende Haltung vonseiten der Pflegefachpersonen. Diese reduzierten Interaktionen führten wiederum zu einer verringerten Sensibilität auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Pflegefachpersonen äusserten darüber hinaus einen Widerwillen über drogeninduzierte Probleme zu sprechen, vor allem bei der Durchführung des Eintrittsassessments. So wurden die Assessments verkürzt geführt und fokussierten sich auf die physische Problematik, wobei psychosoziale Aspekte ausgelassen wurden. Ein weiteres Ergebnis in der Studie von Monks et al. (2013) war das Erleben mentaler Erschöpfung und Machtlosigkeit in der Pflege von Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung.

4.2.1.2 Persönliche Betroffenheit

In der Studie von Monks et al. (2013) berichteten einzelne Pflegefachpersonen (n=3 von n=29) von persönlichen Erfahrungen mit substanzabhängigen Personen aus ihrem Umfeld. Dadurch verfügten sie über eine Insider-Perspektive, was sich auf ihr Verständnis für die Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit positiv auswirkte. Dies erhöhte nicht nur ihre Professionalität, sondern auch die positive Reaktion von Patientinnen und Patienten. Beziehungen verliefen in diesem Fall harmonischer und kongruenter mit den Denkweisen von Caring und pflegeethischen Prinzipien wie zum Beispiel die Gerechtigkeit in der Pflege.

4.2.1.3 Ethische Verpflichtung

In der Studie von Neville und Roan (2014) beschrieben einzelne Pflegefachpersonen, dass sie eine Fürsorgepflicht hinsichtlich der Pflege von substanzabhängigen Patientinnen und Patienten verspürten. Damit meinten sie die Erbringung von pflegerischer Leistung unter Verwendung der ethischen Prinzipien wie Fürsprache, Mitgefühl und dem Verständnis für Gerechtigkeit in der Pflege, ohne Rücksicht auf die Art der gesundheitlichen Problematik. Obwohl auch diese Pflegefachpersonen sich Manipulation und Aggressionen ausgesetzt fühlten, überwog das Bedürfnis der Wahrung ethischer Pflichten in der Pflege.

4.2.1.4 Haltung der Pflegefachperson

Mittels des Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire [DDPPQ] von Watson, Maclaren und Kerr (2007) (Anhang B) wurde in zwei Studien die Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber Patientinnen und Patienten, welche Drogen konsumierten, ermittelt. Die Hauptkomponenten der 22 Fragen reflektieren drogenspezifisches und klinisch-therapeutisches Wissen (role adequacy), Supervision und Unterstützung im Team (role support) sowie Arbeitszufriedenheit, Motivation und professionelle Verantwortlichkeit (role legitimacy) (Chu & Galang, 2013; Nilsen et al., 2013). Niedrige Werte weisen dabei auf eine positive Haltung und ein höheres therapeutisches Commitment gegenüber Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit hin (Watson et al., 2007). Therapeutisches Commitment kann mit therapeutischem Engagement oder therapeutischer Bereitschaft übersetzt werden.

In der Studie von Chu und Galang (2013) lag der Mittelwert des Fragebogens bei 62.6 von maximal 140 Punkten. Dieser Mittelwert deutet laut Chu und Galang (2013) auf eine neutrale Haltung hin. Die Werte in den Kategorien «Motivation» und «Unterstützung im Team» lagen in dieser Studie höher als in anderen Kategorien. Daraus lässt sich ein niedriges Niveau an Motivation und erfahrener Unterstützung, feststellen, was einen negativen Effekt auf die Haltung der Pflegefachpersonen hat. Chu und Galang (2013) stellten keine signifikante Korrelation zwischen demographischen Angaben der Studienteilnehmenden und ihren Antworten fest. In der Studie von Nilsen et al. (2013) wurde mit einem Mittelwert von 59 Punkten ebenfalls eine neutrale Haltung der Pflegefachpersonen festgestellt. Hohes therapeutisches Commitment zeigte sich dabei bei der «professionellen Verantwortlichkeit», gefolgt von der «Unterstützung im Team». Darüber hinaus reflektieren die Werte, dass das Wissen der Pflegefachpersonen ausreichend war, um die Betroffenen adäquat betreuen zu können. «Rollenspezifisches Selbstwertgefühl» und die «Arbeitszufriedenheit» zeigten höhere Werte und stellen somit negativ beeinflussende Faktoren auf die Haltung dar.

4.2.1.5 Wissensdefizit

Vier der untersuchten Studien schrieben über Wissensdefizite bezüglich des Krankheitsbildes, den damit verbundenen pflegerelevanten Themen, sowie deren Auswirkungen auf die Pflege von substanzabhängigen Patientinnen und Patienten. In der Studie von Monks et al. (2013) berichteten Pflegefachpersonen, dass sie weder während noch nach ihrer Ausbildung zu drogen- und abhängigkeitspezifischen Themen geschult wurden. Während sie sich in der Behandlung mit den physischen Aspekten der Drogensucht sicher fühlten, gaben sie Unsicherheiten im Umgang mit den drogen- und abhängigkeitsbezogenen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten an. Besonders oft wurden Unsicherheiten im Management von Entzugssymptomen beschrieben. Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Neville und Roan (2014).

Monks et al. (2013) beschrieb, dass die Wissenslücke über die Abhängigkeitserkrankung und deren klinisches Erscheinungsbild zu einer inadäquaten Betreuung führte. Als Folge kam es dazu, dass Patientinnen und Patienten ein aggressives oder manipulierendes Verhalten zeigten. Dadurch sahen sich die Pflegefachpersonen in ihrer Meinung bestätigt, dass substanzabhängige Patientinnen und Patienten störten und schwierig zu betreuen wären.

Die Pflegefachpersonen in der Studie von Monks et al. (2013) erkannten eine Verbindung zwischen ihrem Wissensdefizit und der verurteilenden Haltung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten. Des Weiteren erkannten sie die Inkongruenz zwischen ihren Ansichten und der professionellen Haltung, welche sie als Pflegefachpersonen besitzen sollten. Die Pflegefachpersonen äusserten die Bereitschaft dazu, ihr Wissen zu verbessern und präsentierten Vorschläge, wie dies in der Ausbildung umgesetzt werden könnte. Trotzdem fühlte sich niemand persönlich verantwortlich, sein eigenes Wissen zu erweitern.

Auch in der Studie von Neville und Roan (2014) wurde von den befragten Pflegefachpersonen der Bedarf an Bildung geäussert. Sie forderten Unterstützung für sich und für die Patientinnen und Patienten durch spezialisierte Fachpersonen im Team.

4.2.2 Sicht der Patientinnen und Patienten

Nachfolgend wird die Sicht der Patientinnen und Patienten beleuchtet. Zur Veranschaulichung der negativen Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung dient die Abbildung 5.



Abbildung 5. Negative Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung seitens der Patientinnen und Patienten

4.2.2.1 Wissensdefizit

Patientinnen und Patienten in der Studie von Monks et al. (2013) stellten fest, dass das mangelhafte Wissen von Pflegefachpersonen zu einer inadäquaten Betreuung führte. Beispielsweise fühlten sie sich inadäquat betreut, wenn typische klinische Manifestationen des Drogenkonsums fehlinterpretiert wurden oder wenn Entzugsserscheinungen ungeachtet blieben. Um die Entzugsserscheinungen kontrollieren zu können, fingen die Patientinnen und Patienten an, über Erhöhungen von Medikamentendosierungen mit dem Gesundheitspersonal zu verhandeln, was oft in einem Konflikt endete. Solche Konflikte und die allgemeine Unzufriedenheit über die unangemessene Behandlung, führten in vielen Fällen zu einer eskalierenden Situation mit unkontrollierten Aggressionen. Als Folge darauf kam es

oftmals zu Verweisungen von der Abteilung oder zu eigenständigen Entlassungen gegen medizinischen Rat.

4.2.2.2 Negative Erfahrungen in der Interaktion und deren Auswirkungen

In der Studie von Dion (2019) gaben die Patientinnen und Patienten einen Einblick, welche Auswirkungen ein negativ geprägtes Verhalten der Pflegefachpersonen auf sie hatte. Sie beschrieben, dass erniedrigendes und ignorierendes Verhalten der Pflegefachperson bei ihnen Gefühle der Wertlosigkeit hervorrief und ihren negativen Selbstwert verstärkte. Die wiederholte Diskriminierung erhöhte ihre Schamgefühle, führte zu erhöhtem Drogenkonsum und verstärkte die depressive Symptomatik. Zudem berichteten die Patientinnen und Patienten über Misstrauen gegenüber Pflegefachpersonen aufgrund distanzierenden Verhaltens der Pflegefachpersonen, negativer Erfahrungen aus früheren Hospitalisationen oder wegen fehlendem Sicherheitsgefühl (Dion, 2019, Monks et al., 2013). Das fehlende Sicherheitsgefühl wurde unter anderem durch die Diskrepanz der Erwartungen an eine Pflegefachperson und der tatsächlich wahrgenommenen Haltung der Pflegefachpersonen hervorgerufen. Sie erwarteten, dass Pflegefachpersonen eine mitfühlende, fürsorgliche, beschützende und nicht verurteilende Haltung aufweisen sollten.

Einige Patientinnen und Patienten der Studie von Dion (2019) äusserten das Gefühl der Unvorhersehbarkeit hinsichtlich der Art und Weise wie sie im Akutspital behandelt wurden. Unter diesem Aspekt berichteten drei Studienteilnehmende über Hospitalisationen, während denen sie abstinent waren. Sie stellten dabei eine deutlich bessere Pflege und Betreuung fest, als wenn sie während einer Phase hospitalisiert waren, wo sie Drogen konsumierten.

In beiden Studien wurde von Patientinnen und Patienten berichtet, dass Pflegefachpersonen mit Ignoranz oder Widerwillen auf psychosoziale Bedürfnisse reagierten. Dies löste bei den Patientinnen und Patienten defensives Verhalten aus, was sich in einer Ablösung in der Beziehung oder in konfrontierendem, aggressivem Verhalten zeigte.

In beiden Studien berichteten die Patientinnen und Patienten, dass es aufgrund der negativen Erfahrungen mit Pflegefachpersonen zu einem verringerten Aufsuchen von medizinischer Hilfe kam, und damit auch ihre Selbstfürsorge abnahm.

4.2.2.3 Positive Erfahrungen durch Verständnis für die Sucht

In beiden Studien (Dion, 2019; Monks et al., 2013) gab es auch Patientinnen und Patienten, die positive Erfahrungen in der Akutsomatik gemacht haben. Diese Erfahrungen waren dadurch geprägt, wenn ihnen mit Mitgefühl und Interesse begegnet wurde, sie Beratung und Unterstützung erhielten und wenn Pflegefachpersonen ihnen zur Seite standen (Dion, 2019). Patientinnen und Patienten aus der Studie von Monks et al. (2013) schilderten, dass Pflegefachpersonen, welche Erfahrungen mit Substanzabhängigkeit im persönlichen Umfeld hatten, ihnen empathisch, interessiert und mit einer positiven Haltung begegneten. Einige der Patientinnen und Patienten beschrieben, dass es nach positiven Erfahrungen in der Pflegebeziehung zu einer Senkung des Konsums kam, Begleiterkrankungen reduziert werden konnten und sie vermehrt medizinische Unterstützung in Anspruch nahmen (Dion, 2019).

Dion (2019) stellte fest, dass das Verständnis für die Sucht als Krankheit bei den Pflegefachpersonen zu einer grösseren Akzeptanz der Situation führte. Auch Monks et al. (2013) beschrieben in diesem Zusammenhang, dass sich Patientinnen und Patienten durch dieses Krankheitsverständnis mehr als Mensch wahrgenommen fühlten und durch diese Erfahrung vermehrt medizinische Hilfe aufsuchten.

5 Diskussion

Dieses Kapitel widmet sich zunächst der kritischen Beurteilung und Würdigung der untersuchten Studien. Anschliessend werden die Ergebnisse der Studien mit der Beziehungsgestaltung in Korrelation gesetzt. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse miteinander verglichen, mit weiterer Literatur in Verbindung gebracht und durch die Sichtweisen der Autorinnen ergänzt. Schliesslich wird erneut auf die Konzepte von Recovery und Caring Bezug genommen.

5.1 Würdigung der Studien

Dieser Abschnitt enthält die Vorgehensweise zur Beurteilung der Studien sowie die Bewertung der verwendeten Studien auf ihre Güte.

5.1.1 Übersicht zum Vorgehen bei der Beurteilung der Studien

Die ausgewählten Studien wurden gemäss den Schritten des Forschungsprozesses systemisch zusammengefasst. Für die Zusammenfassung und die kritische Würdigung der Studien wurde das Critical Appraisal (AICA) verwendet. Dessen Leitfragen basieren auf Lincoln und Guba (1985), LoBiondo-Wood und Haber (2005) und Burns und Grove (2005) (zit. nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Anschliessend erfolgte die Bewertung der Gütekriterien der Studien. Die quantitativen Studien wurden nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) beurteilt. Beim qualitativen Forschungsdesign erfolgte die Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985). Die folgenden Kapitel beschränken sich auf die zentralen Standpunkte hinsichtlich der Qualität der auserwählten Studien. Die umfassenden Versionen sind dem Anhang C zu entnehmen.

5.1.2 Kritische Beurteilung der Studien

Drei der insgesamt sechs verwendeten Studien dieser Arbeit stammen aus den Vereinigten Staaten. Ihr Forschungssetting befindet sich in einem anderen Gesundheitssystem. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind somit nur bedingt übertragbar auf das schweizerische Gesundheitssystem. In der Studie von Ford (2011) sind auch Settings ausserhalb des akutsomatischen Bereichs vorhanden. Da es sich dabei um eine geringe Anzahl handelt, wurde auch diese Studie miteinbezogen. Die Studienteilnehmenden in der Studie von Chu und Galang (2013), Dion (2019) und Ford (2011) weisen einen aktuellen Drogenkonsum auf. Unklar ist, ob eine Diagnose der Substanzabhängigkeit vorliegt. Dies steht im Gegensatz zu den definierten Einschlusskriterien dieser Arbeit, welche eine diagnostizierte Substanzabhängigkeit als Kriterium vorgeben. Die beschriebenen interpersonalen Probleme in der Pflege und Betreuung von Patientinnen und Patienten welche einen Drogenkonsum und/oder -missbrauch in den Studien von Chu und Galang (2013), Dion (2019) und Ford (2011) vorweisen, decken sich jedoch mit jenen der substanzabhängigen Patientinnen und Patienten in den Studien von Monks et al. (2013), Neville und Roan (2014) und Nilsen et al. (2013). Aus diesem Grund wurden auch diese Studien miteinbezogen und deren Ergebnisse verwendet.

5.1.3 Beurteilung der Güte der quantitativen Studien

Beide quantitativen Studien in dieser Arbeit (Chu & Galang, 2013; Nilsen et al., 2013) verwendeten dasselbe Messinstrument. Der DDPPQ Fragebogen von Watson et al. (2007) bewährt sich als valides und reliables Messinstrument für die Einschätzung der Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber substanzabhängigen Patientinnen und Patienten (Hohman, Finnegan, & Clapp, 2008; Watson et al., 2007).

Bei beiden Studien erfolgte die Stichprobenauswahl jeweils nur in einem Akutspital, was die Repräsentativität auf die Zielpopulation beschränkt. Bei der Studie von Nilsen et al. (2013) gab es Unterschiede in der Datenerhebung. Die Instruktion des Fragebogens erfolgte unterschiedlich, was Verzerrungen in der Objektivität erzeugt. Für die Sicherstellung der Stabilität wurde bei der Studie von Nilsen et al. (2013) eine Retest-Reliabilität durchgeführt, welche sich zur Einschätzung der persönlichen Haltung eignet.

Mögliche Einflüsse auf die Datenanalyse wurden nicht erwähnt. Daraus ergibt sich eine Einschränkung in der Nachvollziehbarkeit der internen Validität der Studie von Nilsen et al. (2013).

Bei der Untersuchung eines phänomenologischen Hintergrundes kann die Erhebung mittels eines Fragebogens Verzerrungen der subjektiven Haltung begünstigen. Dies ist der Fall bei beiden quantitativen Studien. Infolgedessen sind ihre externe Validität und die Repräsentativität eingeschränkt. In der Studie von Chu und Galang (2013) fehlt zudem die detaillierte Darstellung der Auswertung des Fragebogens. Obwohl Ausprägungen ersichtlich sind, wurden sie nicht mit Daten hinterlegt. Daraus folgt eine Zurückhaltung in der Interpretation deren Studienergebnissen.

5.1.4 Beurteilung der Güte der qualitativen Studien

Die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse aller vier qualitativen Studien (Dion, 2019; Ford, 2011; Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014) wird durch Hinterlegung mit Zitaten der Studienteilnehmenden unterstützt. Bei der Studie von Dion (2019) und Monks et al. (2013) konnten die Ergebnisse zur Überprüfung nicht an die teilnehmenden Patientinnen und Patienten retourniert werden. Dies führt zu einer Einschränkung der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.

Alle Studien zeigen ausführlich die demografischen Daten der Studienteilnehmenden und erlauben somit die Einschätzung der Übertragbarkeit. Eine Einschränkung bezüglich der Übertragbarkeit ergibt sich bei den Studienteilnehmenden.

Die Mehrheit aller Pflegefachpersonen in den Studien verfügen über einen Bachelor-Abschluss. Dies schränkt die Übertragbarkeit auf Pflegefachpersonen in der Schweiz ein, weil Pflegefachpersonen in der Schweiz unterschiedliche Bildungsabschlüsse haben.

Die Datenerhebungen aller qualitativen Studien wurden mittels Peer-Feedback oder durch externe Fachpersonen geprüft. Dies erhöht die Zuverlässigkeit der Studien. Einzig bei der Studie von Ford (2011) gibt es Einschränkungen der Zuverlässigkeit aufgrund mangelnder Informationen zur Datenerhebung.

Analytische Entscheidungen wurden in der Studie von Dion (2019) mittels der Aufnahme eines Rival Case (rivalisierender Fall) beschrieben und bei Monks et al. (2013) mittels Miteinbezug von Pflegefachpersonen mit einer bekannten positiven Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten.

Die Studien von Dion (2019) und Monks et al. (2013) sind vollumfänglich bestätigbar, da diese Feldnotizen führten und so die Sichtweise der Forschenden beachtet wurde.

Die Studien von Ford (2011) und Dion (2019) enthalten in ihrer Stichprobenauswahl mehrere Akutspitäler, dadurch wird die Repräsentativität auf die Zielpopulation erhöht. Die Aussagekraft aller verwendeten Studien wird dadurch beschränkt, dass keine Beobachtungen durch die Forschenden durchgeführt wurden. Dadurch wurde nur die subjektive Wahrnehmung der Teilnehmenden dargestellt.

5.2 Zusammenführung der wichtigsten Ergebnisse

In der Datenanalyse verdeutlichte sich die Komplexität der zusammenspielenden Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung. Nachfolgend werden die aus den Studienergebnissen gewonnenen Einflüsse summarisch zusammengefasst.

Die Ergebnisse verdeutlichen die Vielzahl der negativen Sichtweisen der Pflegefachpersonen gegenüber Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit (Dion, 2019; Ford, 2011; Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014). Die Pflegefachpersonen hatten das Gefühl, durch die Patientinnen und Patienten manipuliert zu werden und empfanden Misstrauen aufgrund des defensiven und intransparenten Verhaltens der Patientinnen und Patienten (Ford, 2011; Neville & Roan, 2014). Die Interaktionen mit den Patientinnen und Patienten wurden als emotional belastend erlebt. Als Reaktion auf diese Belastung entwickelten die Pflegefachpersonen eine abweisende und negative Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten (Monks et al., 2013). Die Patientinnen und Patienten nahmen diese Abweisung wahr und reagierten ebenfalls mit einem antagonistischen Verhalten (Dion, 2019; Monks et al., 2013).

Von den Patientinnen und Patienten wurde eine allgemeine Unzufriedenheit über die inadäquate Betreuung beschrieben, welche oftmals von Stigmatisierung und Diskriminierung geprägt war. Dies führte zu eskalierenden Konflikten, aus welchen oft frühzeitige Entlassungen resultierten (Dion, 2019; Monks et al., 2013). Das aggressive Verhalten vonseiten der Patientinnen und Patienten verstärkte wiederum das Misstrauen und Gefühle der Machtlosigkeit der Pflegefachpersonen (Monks et al., 2013).

Studienübergreifend wurde eine Verbindung zwischen der verurteilenden Haltung und dem Wissensdefizit der Pflegefachpersonen über die Substanzabhängigkeit beschrieben (Dion, 2019; Ford, 2011; Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014). Eine neutrale Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten wurde in den beiden quantitativen Studien beschrieben. Als einer der wichtigsten Faktoren in Bezug auf die Haltung zeigte sich dabei die erhaltene Unterstützung im Team (Chu & Galang, 2013; Nilsen et al., 2013).

Die Patientinnen und Patienten berichteten von positiven Erfahrungen, wenn Pflegefachpersonen mitfühlend und interessiert waren (Dion, 2019; Monks et al., 2013). Das Verständnis der Sucht als eine Erkrankung zeigte sich als elementarer Einfluss auf die positive Haltung und förderte die Akzeptanz der Situation der Patientinnen und Patienten (Dion, 2019; Monks et al., 2013).

5.3 Bezug zur Beziehungsgestaltung

Ein konkreter Bezug zu Beziehungsmodellen wurde in zwei der ausgewählten Studien hergestellt (Dion, 2019; Nilsen et al., 2013). Dion (2019) analysierte ihre Ergebnisse anhand des Beziehungsmodells nach Travelbee (1971). Travelbee (1971) definiert die Pflege als zwischenmenschlichen Prozess und betont dabei den therapeutischen Effekt der Pflegebeziehung. Das Modell setzt für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung die Achtung der Einzigartigkeit und Würde des Gegenübers, Empathie und Zuneigung voraus.

Dion (2019) kommt zum Ergebnis, dass sich dieses Beziehungsmodell insbesondere für vulnerable und marginalisierte Patientinnen und Patienten eignet.

Nilsen et al. (2013) verwendeten das Beziehungsmodell nach Peplau (1997).

Peplaus Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen betont die Verantwortung der Pflegefachperson in der Entwicklung von Fähigkeiten im zwischenmenschlichen Problemlösungsprozess. Dabei ist es erforderlich, dass die Pflegefachperson ihre persönlichen Vorurteile und Einstellungen identifiziert, bevor sie versucht, die Schwierigkeiten der Patientin oder des Patienten zu erfassen.

Nilsen et al. (2013) betonen dabei, dass reflektiertes Verhalten und das Bewusstsein der Ausstrahlung nonverbaler Signale notwendig sind, um einen positiven Einfluss auf die Beziehungsgestaltung nehmen zu können. Nilsen et al. (2013) kommen zum Ergebnis, dass die Ermittlung der eigenen Haltung, welche in ihrer Studie durch die Verwendung des DDPPQ Fragebogens bestimmt werden konnte, zentral für die Vermeidung von Voreingenommenheit in der Pflege und Betreuung ist.

Die anderen verwendeten Studien stellten keinen Bezug zu einem konkreten Beziehungsmodell her.

Durch die verschiedenen Forschungsansätze der untersuchten Studien und der Einbezug beider Perspektiven, jene der Patientinnen und Patienten und jene der Pflegefachpersonen, konnten unterschiedliche Einblicke in die Wahrnehmungen und Denkweisen gewonnen werden. Diese Einblicke und der Vergleich mit weiterer Literatur ermöglichten es, Erkenntnisse und Empfehlungen für eine professionelle Beziehungsgestaltung abzuleiten, welche in den nächsten Kapiteln beschrieben werden.

5.4 Interpretation der Ergebnisse

Aus den Ergebnissen der in dieser Arbeit verwendeten Studien können drei Faktoren identifiziert werden, die einen erheblichen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung haben: Die Pflegefachperson und deren Haltung, das Wissen und die Institution. Im Nachfolgenden werden die Hauptergebnisse der Studien in diesen drei Bereichen dargestellt, interpretiert und ausgewählter Literatur gegenübergestellt.

5.4.1 Pflegefachperson und Haltung

Die Studienergebnisse verdeutlichen die Vielzahl von hinderlichen oder störenden Faktoren in der Beziehung von Pflegefachpersonen mit substanzabhängigen Patientinnen und Patienten. So lässt die Analyse der Ansichten und Erfahrungen von Pflegefachpersonen sowie Patientinnen und Patienten oft auf einen vorhandenen Teufelskreis (Abbildung 6) in deren Beziehung schließen.



Abbildung 6. Teufelskreis in der Beziehung

Negative Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten führten bei den Pflegefachpersonen zu voreingenommenem und distanziertem Verhalten. Dies wurde von den Patientinnen und Patienten bemerkt. Sie reagierten auf die inadäquat empfundene Pflege mit Misstrauen, Aggression und Rückzug. Dieses Verhalten verstärkte wiederum die Distanz zu den Patientinnen und Patienten und die negativen Sichtweisen der Pflegefachpersonen (Dion, 2019; Ford, 2011; Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014). Es bleibt unklar, ob diese Negativspirale in der Beziehung erkannt und ob Versuche unternommen wurden, diese zu unterbrechen.

Manipulation, Misstrauen, Wut, Angst und Frustration zeigen sich oft als negativ beeinflussende Faktoren auf die Beziehung mit substanzabhängigen Patientinnen und Patienten (Ford, 2011; Neville & Roan, 2014; Monks et al., 2013).

Dieses Phänomen wird auch in anderer Literatur aufgegriffen und bestätigt (Deans & Soar, 2005; Natan et al., 2009). Die in den qualitativen Studien von Ford (2011), Monks et al. (2013) und Neville und Roan (2014) beschriebene negativ geprägte Haltung der Pflegefachpersonen steht im Kontrast zu den Ergebnissen der verwendeten quantitativen Studien. So stellten Chu und Galang (2013) und Nilsen et al. (2013) anhand des DDPPQ Fragebogens eine vorwiegend neutrale Haltung der Pflegefachpersonen gegenüber Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit fest. Hierbei gilt es anzumerken, dass in ebendiesen Studien keine Ausführungen gemacht wurden zum Begriff der «neutralen Haltung».

Eine mögliche Erklärung dieser voneinander abweichenden Studienergebnissen könnte in der unterschiedlichen Vorgehensweise liegen. In den qualitativen Studien wurde durch die offenen Fragestellungen eine breite Variabilität an Antworten ermöglicht. Dies steht im Gegensatz zur Datenerhebung der quantitativen Studien, bei welchen die Antwortmöglichkeiten aufgrund der Likert-Skala im Fragebogen eingeschränkt waren.

Wiechula et al. (2016) ordnen die Einstellungen und Verhaltensweisen als Basis des Beziehungsaufbaus ein. Das Verhalten weist dabei auf die Wertvorstellungen und Haltungen der Pflegefachperson hin. Die Grundhaltung wird entscheidend durch persönliche Moralvorstellungen geprägt. (Tarlier, 2004; Tschudin, 2003). Darüber hinaus beeinflussen allgemeine, gesellschaftlich verankerte moralische Prinzipien, wie beispielsweise die Achtung der Menschenwürde und Gerechtigkeit die Grundhaltung (Tarlier, 2004; Tschudin, 2003).

Ein Beispiel dazu lässt sich in der Studie von Neville und Roan (2014) finden. In ihrer Studie wird berichtet, dass eine von ethischen Prinzipien gestützte Haltung es den Pflegefachpersonen ermöglichte, ihren Patientinnen und Patienten unvoreingenommen zu begegnen und sie als gleichwertig anzusehen.

Die Pflegefachpersonen waren sich ihrer Gefühle, insbesondere den negativen Gefühlen gegenüber der Substanzabhängigkeit bewusst. Dieses Bewusstsein, sowie die eigene Anforderung, ethische Pflichten in der Pflege und Betreuung zu wahren, ermöglichten einen unvoreingenommenen Umgang mit den Patientinnen und Patienten. Hier zeigt sich beispielhaft, dass sich Pflegefachpersonen in der Beziehungsgestaltung nicht von ihren negativen Gefühlen leiten lassen sollen. Das Bewusstsein der eigenen Emotionen und Haltungen spiegelt die Reflexionsfähigkeit der Pflegefachperson wider.

Die Reflexionsfähigkeit von Pflegefachpersonen nimmt einen hohen Stellenwert in der professionellen Pflege ein (Lademann, 2019). Denn erst durch die Selbstreflexion der Gefühle, Moralvorstellungen und Handlungen können Fähigkeiten, Grenzen und Probleme in der Pflegebeziehung erkannt, und der Umgang dementsprechend angepasst werden (Needham, 2011).

Vertrauen stellt ein weiteres wichtiges Fundament jeder Beziehung dar (Dinç & Gastmans, 2013). In der Studie von Monks et al. (2013) und Neville und Roan (2014) wurde über fehlendes Vertrauen und Misstrauen berichtet. Daraus resultierten gegenseitige Distanzierungen in der Beziehung und eskalierende Situationen. Dinç und Gastmans (2013) stellten fest, dass Pflegefachpersonen sowie Patientinnen und Patienten die Rolle des Vertrauens in der Beziehung als entscheidend einstufen. Sie hoben dabei hervor, dass die Entwicklung des Vertrauens in der Pflegebeziehung ein dynamischer und fortlaufender Prozess ist. Dabei kann das Vertrauen gebrochen aber auch wiederhergestellt werden. Die Aufrechterhaltung der Pflegebeziehung liegt bei der Pflegefachperson (Büker, 2019). Aus den verwendeten Studien gehen keine Aussagen über Bemühungen hervor, dem Misstrauen gegenüber Patientinnen und Patienten entgegenzuwirken und die Beziehung auf positive Weise zu beeinflussen.

Die Dissonanz zwischen der professionellen Haltung in der Beziehungsgestaltung und der tatsächlichen Pflege und Betreuung wurde in der Studie von Monks et al. (2013) und Neville und Roan (2014) beleuchtet. Neville und Roan (2014) weisen darauf hin, dass diese Dissonanz zu einem moralischen Konflikt und emotionalen Distress der Pflegefachpersonen führen kann. Daraus resultiert wiederum eine Beeinträchtigung in der Pflegebeziehung. Monks et al. (2013) verweist in diesem Kontext auf die Theorie der kognitiven Dissonanz von Festinger (1957). Diese sagt aus, dass bei einem Widerspruch von Verhalten und Überzeugung versucht wird, die dabei entstandene psychische Belastung durch verschiedene kognitive und verhaltensbezogene Strategien zu reduzieren. So würden Pflegefachpersonen versuchen, ihre emotionale Belastung zu verringern, indem sie die Gründe der Belastung zu externalisieren versuchen und beispielsweise die Patientinnen und Patienten als «schwierig» titulieren (Monks et al., 2013). Konnte die Beziehung dagegen personenzentriert, empathisch und unterstützend gestaltet werden, erkannten die Pflegefachpersonen die Beziehung als kongruent mit ihren Vorstellungen einer professionellen Pflege (Monks et al., 2013). Dass von einer positiv verlaufenden Beziehung auch die Pflegefachperson profitiert, verdeutlichen Bridges et al. (2013). Demnach würden Pflegefachpersonen, welche Patientinnen und Patienten kongruent mit ihren persönlichen Erwartungen betreuen konnten, Erfüllung und Genugtuung in ihrer Arbeit empfinden.

Ein weiterer diskussionswürdiger Punkt wird in der Studie von Monks et al. (2013) angesprochen. Aus deren Analyse geht hervor, dass Pflegefachpersonen wenig Zeit damit verbrachten, die Patientin oder den Patienten kennenzulernen. Dabei wurden Interaktionen auf ein Minimum reduziert, um möglichen Gewaltsituationen aus dem Weg zu gehen. Bridges et al. (2013) verdeutlichen, dass das therapeutische Potential einer Pflegebeziehung wesentlich von einer fundierten Kenntnis über die Patientinnen und Patienten, deren Familien, Erkrankungen und Bewältigungsstrategien abhängt.

Die Wichtigkeit, die Patientinnen und Patienten kennenzulernen, leitet zum Thema der personenzentrierten Pflege über. Die vier wesentlichen Bereiche der personenzentrierten Pflege beschreiben Marchand et al. (2020) folgendermassen: Individualisierte Pflege entsprechend den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, ein holistisches oder biopsychosoziales Krankheits- und Gesundheitsmodell, Empowerment und Mitbeteiligung in der Therapie.

In der Studie von Dion (2019) und Monks et al. (2013) finden sich Ergebnisse, die einen personenzentrierten Ansatz in der Pflege aufzeigen. Beispielhaft zeigt sich dies in der Studie von Dion (2019) wo Patientinnen und Patienten über positive Erfahrungen in der Pflegebeziehung berichteten, wenn sie individuell beraten wurden und ihre Substanzabhängigkeit als Krankheit angesehen wurde. Monks et al. (2013) beschreiben einen personenzentrierten Ansatz, wenn Pflegefachpersonen den Menschen hinter der Patientin oder dem Patienten sehen wollten. Im Kontrast zu diesem Ansatz stehen Erlebnisse, bei welchen sich Patientinnen und Patienten in der Behandlung ausgesetzt fühlten und kein Mitspracherecht erhielten (Dion, 2019) oder wo Pflegefachpersonen psychosoziale-sowie abhängigkeitspezifische Gespräche mieden (Monks et al., 2013).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine personenzentrierte Haltung die Beziehung verbessert und stärkt. Patientinnen und Patienten berichteten in den Studien von einer Verbesserung ihres physischen und psychischen Zustandes und nahmen vermehrt Hilfe in Anspruch.

5.4.2 Wissen

Das Wissen über die Substanzabhängigkeit, deren Nebenwirkungen und das frühzeitige Erkennen und Behandeln der Entzugssymptomatik gilt als essentiell für eine professionelle Beziehungsgestaltung (Dion, 2019). Die Wichtigkeit des Wissens zeigt auch die WHO (2014) auf. In ihren Richtlinien werden Gesundheitsfachpersonen angehalten, mittels adäquaten Wissens und der Durchführung von Beratung, das Auftreten von Spätfolgen der Substanzabhängigkeit zu vermindern. Etliche Studien weisen darauf hin, dass die Anforderungen an die Pflegefachpersonen oft nicht vollumfänglich kongruent mit deren Fähigkeiten sind. Studienübergreifend wird dabei insbesondere auf bestehende Wissenslücken im Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen aufmerksam gemacht (Dion, 2019; Ford, 2011; Harling et al., 2006; Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014; Rassool & Rawaf, 2008; van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013). Dagegen gilt es anzumerken, dass die Pflegefachpersonen in den Studien sich dem Bedarf an weiterer Bildung bewusst waren (Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014).

Die Diskrepanz zwischen dem Ist- und Soll-Zustand der Qualität in der Pflege von Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit wird unter anderem mit der fehlenden Verankerung von theoretischem Wissen im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten im Curriculum der Pflegeausbildung begründet (McLaughlin, McKenna, Leslie, Moore, & Robinson, 2006; Monks et al., 2013; Rassool & Rawaf, 2008). Dies lässt sich auch auf die Pflegeausbildung in der Schweiz übertragen. Die meisten Pflegefachpersonen, welche in der Akutsomatik tätig sind, verfügen über einen generalisierten, fachübergreifenden Ausbildungsabschluss.

Monks et al. (2013) bestätigen die Annahme der Autorinnen, dass psychiatrische Themen in der generalisierten Ausbildung nur oberflächlich behandelt werden. Es kann daher angenommen werden, dass Pflegefachpersonen, die in der Akutsomatik tätig sind und keinen psychiatrischen Berufshintergrund aufweisen, bereits in ihrer Ausbildung zu wenig psychiatrisches Wissen vermittelt bekommen haben.

Exemplarisch zeigt sich dies im Modulaufbau des Bachelorstudiengangs Pflege an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Das Modul «Pflege von psychisch kranken Menschen» umfasst drei Kreditpunkte des European Credit Transfer and Accumulation System [ECTS] (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW), 2015). Dabei gilt es zu beachten, dass das gesamte Bachelorstudium insgesamt 180 ECTS umfasst und daher der psychiatrische Bereich verhältnismässig gering vertreten ist.

Aus diesem Grund scheint es besonders wichtig, dass das Wissen zu psychiatrischen Themen im Rahmen von Fortbildungen vertieft wird. Diese Fortbildung kann beispielsweise im Rahmen von klinikinternen Angeboten für Weiterbildungen und Schulungen erfolgen. Die Wichtigkeit davon, dass Fortbildungen regelmässig besucht werden, wird durch die Feststellung von verschiedenen Autorinnen und Autoren unterstrichen, dass einzig eine längere Berufserfahrung nicht mit erhöhtem professionellem Wissen korreliert (Ford, Bammer, & Becker, 2008; Howard & Holmshaw, 2010).

Allerdings sei hier anzumerken, dass die Vermittlung von Wissen allein das therapeutische Commitment bei Pflegefachpersonen nicht erhöht (Albery et al., 2003; Ford et al., 2008).

An dieser Stelle soll auch auf das Thema Sicherheit eingegangen werden. Die Ergebnisse von Ford (2011) und Monks et al. (2013) weisen darauf hin, dass die teilnehmenden Pflegefachpersonen eine distanzierte Haltung einnahmen als Reaktion auf das aggressive Verhalten der Patientinnen und Patienten. Das fehlende Sicherheitsgefühl geht unter anderem darauf zurück, dass Pflegefachpersonen zu wenig Wissen vermittelt bekommen haben, wie man auf aggressives und gewalttätiges Verhalten reagiert.

Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit nahmen die Wissenslücke und Unsicherheiten der Pflegenden ebenfalls wahr. Daraus ergab sich für sie die Möglichkeit diese Wissenslücken auszunutzen, insbesondere während Medikationsverhandlungen (Monks et al., 2013). Aus diesen intransparenten Verhaltensweisen beider Gruppierungen lässt sich auf einen negativen Einfluss auf die Beziehung schliessen.

Zum Wissen über die Substanzabhängigkeit gehört auch das Wissen über Entzugssymptome und den Umgang mit solchen. In diesem Zusammenhang wollen die Autorinnen darauf hinweisen, dass hospitalisierte Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit oftmals unter Entzug stehen, da die Beschaffung der Substanz in diesem Umfeld nicht mehr möglich ist. Bei Menschen, welche unter Entzug stehen, zeigt sich im Rahmen der neuroadaptiven Prozesse durch den langen Konsum ein hoher Suchtdruck. Dieser Suchtdruck ist in ihren Gedanken omnipräsent, ruft Symptome wie Agitiertheit hervor und stellt eine Herausforderung im zwischenmenschlichen Umgang dar. Die Durchführung des Medikamentenassessments und eine rasche Anpassung der Medikamente beim Eintritt der Patientin oder des Patienten sind essentiell, um dem Entzugssyndrom und den dabei auftretenden schweren psychischen und physischen Symptomen entgegenzuwirken und bietet darüber hinaus eine stabile Grundlage für den Beziehungsaufbau (Dion, 2019; Keller & Stohler, 2011).

Ein interessanter Vergleich zwischen Fachwissen und Caring beschreiben Wiechula et al. (2016) in ihrer Studie. Ihre Ergebnisse heben hervor, dass Patientinnen und Patienten das fachspezifische Wissen einer Pflegefachperson höher gewichten als das Mitgefühl und andere Caring Elemente. Dies wird dadurch begründet, dass fachspezifisches Wissen der Pflegefachperson ein Gefühl von Sicherheit bei den Patientinnen und Patienten auslöst und sie dadurch fähig sind, Vertrauen aufzubauen. Es sei jedoch darauf hinzuweisen, dass Wiechula et al. (2016) in ihrer Analyse nicht primär substanzabhängige Patientinnen und Patientinnen beschreiben, sondern dass die Aussagen von einer weniger vulnerablen Population stammen. Wiechula et al. (2016) kommen zum Ergebnis, dass Pflegefachpersonen eine Balance zwischen fachlichen sowie mitfühlenden Caring Aspekten benötigen, um eine Beziehung professionell zu gestalten.

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass theoretisches Wissen sowie auch die persönliche Auseinandersetzung mit den benötigten Kompetenzen einen wichtigen Beitrag zu einer positiven Haltung leisten und somit einen Grundbaustein der professionellen Beziehungsgestaltung darstellen.

5.4.3 Institution

Die teilnehmenden Pflegefachpersonen der Studie von Monks et al. (2013) zeigten Bereitschaft ihr Wissen zu verbessern, jedoch setzte sich niemand persönlich dafür ein. Die genauen Hintergründe dieser Erkenntnis liegen nicht vor, es lässt aber vermuten, dass der Grund dafür in einer fehlenden Unterstützung in der Rolle der Pflegefachperson vorliegt.

Die fehlende Unterstützung behindert die Pflegefachpersonen in ihrer Wissenserweiterung und in der praktischen Umsetzung ihrer Kenntnisse. Zudem kann dies zu einer Verstärkung der emotionalen Erschöpfung führen. Die Ergebnisse von Chu und Galang (2013), Ford (2011) und Neville und Roan (2014) bestätigen diese Vermutung und legen die mangelnde Unterstützung in der Rolle als Pflegefachperson und die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit in ihren Studien offen.

Gegenteilige Ergebnisse lassen sich in der Studie von Nilsen et al. (2013) finden, wo sich die Pflegefachpersonen in der Pflege der Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung professionell unterstützt fühlten. Die Pflegefachpersonen verwendeten evidenzbasierte und symptomorientierte Assessmentinstrumente zur Erhebung des Entzugsrisikos und konnten bei Bedarf Unterstützung bei einem multidisziplinären psychiatrischen Behandlungsteam einholen. Ebenfalls gab es für das Team regelmässige Inputs zu drogenspezifischen Themen. Weiter wurde nach den Empfehlungen von Haber, Demirkol, Lange, und Murnion (2009) ein Konzept für die gemeinsame Entscheidungsfindung entwickelt. Dabei wurden Pflegefachpersonen darin bestärkt, die Patientinnen und Patienten zu vertreten und dabei sicherzustellen, dass das Behandlungsteam mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam den Behandlungsplan erstellt.

Haber et al. (2009) belegen aus ärztlicher Sicht die Wichtigkeit der Unterstützung der Pflegefachpersonen, da diese oft den herausfordernden Situationen mit den Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind. Die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit gewinnt hier an Bedeutung.

Diese Annahme wird von Cleary, Hunt, Horsfall, und Deacon (2012) bestätigt, welche darlegen, dass aus einer professionellen Zusammenarbeit der Berufsgruppen ein konstruktiver Einfluss auf die Beziehungsgestaltung resultiert. Sie führen auf, dass dies wiederum das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten und deren aktive Teilnahme in der Behandlung erhöhen kann.

Es zeigt sich von grosser Wichtigkeit, dass das Behandlungsteam eine gemeinsame Haltung entwickelt, wie Abhängigkeit gesehen und verstanden werden soll. Dieses gemeinsame Verständnis ermöglicht eine erleichterte Zusammenarbeit und das Festlegen gemeinsamer Ziele. Hierbei erweisen sich Supervisionen, Teamgespräche und die Entwicklung von Leitlinien als sinnvoll (Indermaur, 2016).

Ford, Bammer und Becker (2009) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis und betonen im Weiteren, dass die Kombination von Anwendung der Richtlinien, individueller Förderung, Supervision und Fortbildung der bestmögliche Weg sei, das therapeutische Commitment der Pflegefachpersonen zu erhöhen.

Die Wichtigkeit der Unterstützung der Pflegefachpersonen bestätigt sich auch in den Ergebnissen von Ford (2011). Ford beschreibt, dass eine Schulung, beispielsweise zum Aggressionsmanagement, allein nicht für eine Kompetenzerweiterung und das Erlangen von Sicherheit in der Rolle als Pflegefachperson ausreicht. Vor allem hinsichtlich der oft vorhandenen Angst vor gewalttätigem Verhalten der Patientinnen und Patienten werden zusätzliche Unterstützungsangebote im Rahmen von Sicherheitsmassnahmen und Hilfestellungen am Arbeitsort gefordert.

Um Unterstützung bei Unsicherheiten bieten zu können, schlagen Nilsen et al. (2013) vor, dass ein multidisziplinäres Team konsultiert werden kann, oder dass Assessmentbogen zur Einschätzung des Entzugsrisikos zur Verfügung gestellt werden. Dabei wird betont, dass die alleinige Bereitstellung von Assessments nicht ausreicht, sondern dass eine Instruktion durch Fachpersonen oder «advanced practice nurses» gewährleistet werden muss.

Eine ähnliche Situation zeigt sich bei der Anwendung von Beratungsmethoden. Nach Monks et al. (2013) kennen die teilnehmenden Pflegefachpersonen verbreitete Beratungsmethoden. Jedoch können durch fehlendes Wissen über die Substanzabhängigkeit und durch mangelnde Unterstützung und Förderung am Arbeitsplatz keine Beratungskompetenzen entwickelt werden.

Institutionen sind dafür verantwortlich, Wissenslücken proaktiv anzugehen und Weiterbildungen anzubieten. Kelleher und Cotter (2009) bestätigen dies und betonen, dass es dadurch möglich sei, falschen Annahmen, Stigmatisierung und negativen Haltungen im Pflegealltag entgegenzuwirken.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass wissensbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten abhängig sind von der erhaltenen professionellen Unterstützung in der Institution, der individuellen Förderung der Rolle als Pflegefachperson und der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team.

Abschliessend wird Bezug genommen auf die gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Substanzabhängigkeit, von welchen die Institutionen direkt betroffen sind. Wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit erwähnt, hat die Substanzabhängigkeit bei einem Menschen aufgrund der oftmals komplexen Behandlung, den psychischen und somatischen Komorbiditäten und der hohen Rehospitalisierungs- und Mortalitätsrate einen relevanten Einfluss auf die Gesundheitsökonomie (Allman et al., 2007; Dion, 2019; Monks et al., 2013; Tuch, 2018). In den Studien wird mehrfach auf diese Problematik hingewiesen. Hier zugehörend sind auch die beschriebenen frühzeitigen Entlassungen und verspätete Inanspruchnahme medizinischer Hilfe (Allman et al., 2007; Dion, 2019; Monks et al., 2013). Auch hier wird als Antwort auf diese Problematik die Wichtigkeit der vermehrten Schulung für abhängigkeitspezifisches Wissen und Gesprächsführung aufgezeigt (Dion, 2019). In der Studie von Dion (2019) wird die positive Auswirkung auf die Beziehung durch verbessertes Wissen beschrieben. Dadurch wird Vertrauen gefördert was die Bereitschaft, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, erhöht. Dies wiederum ist die Voraussetzung dafür, dass Behandlungen frühzeitig begonnen werden und Spätfolgen der Substanzabhängigkeit somit reduziert werden können. Letztendlich würden dadurch die Rehospitalisations- und Mortalitätsraten sinken, was sich positiv auf die Gesundheitsökonomie auswirkt (Dion, 2019).

5.5 Konzepte

Im folgenden Kapitel werden das Recovery Konzept sowie das Caring Konzept den Ergebnissen der Hauptstudien gegenübergestellt und mit weiterer Literatur verglichen. In einem weiteren Schritt werden die Gemeinsamkeiten der Konzepte hervorgehoben.

5.5.1 Recovery Konzept

Bei der Literaturrecherche stellte sich heraus, dass das Recovery Konzept selten in akutsomatischen Settings angewendet wird und dass aktuelle Forschungsergebnisse kaum vorhanden sind.

In der Literatur wird die Schwierigkeit der evidenzbasierten Anwendung des Recovery Konzepts in der Praxis beschrieben. Dies ist auf die Wichtigkeit der Beachtung der Individualität von Patientinnen und Patienten zurückzuführen, was im Recovery Konzept als zentral angesehen wird. Die Berücksichtigung der Subjektivität erschwert die empirische Forschung und die Benennung allgemeingültiger evidenzbasierter Massnahmen (Needham & Rabenschlag, 2011).

Needham und Rabenschlag (2011) weisen jedoch daraufhin, dass es in der evidenzbasierten Praxis sehr wohl möglich ist, einen recovery-orientierten Ansatz zu fördern. Dies bestätigt auch Kammer-Spohn (2013) welcher sich eine Verbreitung der Recovery-Haltung im Gesundheitswesen wünscht.

Um dies zu erreichen, wird nach Kammer-Spohn (2013) ein vermehrtes sinn- und ressourcenorientiertes, statt ein eher defizitorientiertes Behandlungsverständnis benötigt. Eine weitere Bedingung ist, dass Gesundheitsfachpersonen sich Zeit für die Beziehungsgestaltung nehmen, um Vertrauen und Sicherheit entwickeln zu können. Von einer therapeutischen Haltung, die das subjektive, selbstbestimmte Wohl der Patientinnen und Patienten ernst nimmt und reflektiert, könnte neben der Psychiatrie die gesamte Medizin profitieren (Kammer-Spohn, 2013). Dieser Ansicht schliessen sich auch die Autorinnen dieser Arbeit an.

Das Recovery Konzept beinhaltet wichtige Kernpunkte einer professionellen Beziehungsgestaltung, wie die Personenzentriertheit und das Empowerment (Förderung der Selbstbefähigung). Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der verwendeten Studien, obwohl diese nicht explizit einen recovery-orientierten Ansatz verwendeten.

Das Recovery Konzept kann Orientierung bieten, um die eigenen Möglichkeiten und Grenzen in der Pflege mit Patientinnen und Patienten zu erkennen. Dies wird durch Indermaur (2016) verdeutlicht in dem sie festhält, dass das was Recovery für den Betroffenen bedeutet, ob ein abstinentorientiertes Leben, eines mit kontrolliertem Konsum oder mit Substanzen als Medikation (Substitutionstherapie), der Betroffene frei für sich entscheidet und die entsprechenden Ziele wählt. Pflegefachpersonen können sie in der Benennung und Erreichung dieser Absichten unterstützen.

5.5.2 Caring

Der Miteinbezug von Caring erfolgte einerseits infolge der Erkenntnis, dass das Recovery Konzept aufgrund der fehlenden Datenlage als theoretische Grundlage nicht ausreicht. Andererseits wurde Caring miteinbezogen, da es in der verwendeten Literatur häufig beschrieben wird.

Die Elemente von Caring wie Engagement, Mitgefühl, Vertrauen und menschlichen Beistand in der Pflege, werden in allen verwendeten Studien betont. Die Bedeutung dieser Elemente in der Pflege wurden insbesondere dann unterstrichen, wenn die Beziehung von den Patientinnen und Patienten als positiv gewertet wurde.

In der Studie von Dion (2019) wurde bei den positiv erlebten Situationen mit Pflegefachpersonen vom «caring moment» gesprochen. Solche Momente zwischen den Pflegefachpersonen und substanzabhängigen Patientinnen und Patienten zeigen sich als wichtiger Motivator für die Änderung eines Verhaltens. Watson (1988) beschreibt den Moment, wo der Patientin oder dem Patienten Zuwendung geschenkt wird, als «caring moment» und als Drehpunkt, wo Genesung möglich gemacht wird. Der weitere Bezug zu den Studien anhand des Caring-Prozesses nach Swanson (1993) und die deutsche, adaptierte Übersetzung der Begriffe nach Schmid (1994), wird in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2. Caring-Prozess nach Swanson (1993) in Bezug zu den Studien

Caring-Prozess	Übersetzung (deutsch)	Bezug in den Studien
maintaining belief	Glauben und Hoffnung aufrechterhalten	Das Fördern von Hoffnung und Glauben führte zur Steigerung des Selbstwertgefühls und zur Erhöhung der Eigenverantwortung (Dion, 2019).
knowing	Bescheid wissen, sich bemühen zu verstehen und Annahmen vermeiden	Fehlendes Wissen der Pflegefachpersonen über die Substanzabhängigkeit und insbesondere fehlendes Verständnis für die Situation der Patientinnen und Patienten. Voreingenommene Haltung der Pflegefachpersonen aufgrund negativer Erfahrungen mit den Betroffenen (Dion, 2019; Ford, 2011; Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014). Fühlten sich die Pflegefachpersonen institutionell unterstützt und verfügten sie über adäquates Wissen, erhöhte sich das Engagement der Pflegefachperson (Nilsen et al., 2013).
being with	präsent sein, Gefühle teilen	Distanzierung der Pflegefachpersonen aufgrund Misstrauen gegenüber den substanzabhängigen Patientinnen und Patienten. Keine offene Darlegung der Gefühle, Distanzierung als kognitive Verhaltensstrategie (Dion, 2019; Ford, 2011; Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014).
doing for	für jemanden etwas tun, die menschliche Würde erhalten	Die Bereitschaft von Pflegefachpersonen Unterstützung zu leisten wäre vorhanden, die Umsetzung scheiterte jedoch an mangelndem Vertrauen beider Gruppierungen (Ford, 2011; Monks et al., 2013; Neville & Roan, 2014)
enabling	ermöglichen und befähigen	Das Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten, beispielsweise die Beschaffung von sterilem Injektionsmaterial, stärkte die Eigenverantwortung und den Genesungsprozess (Dion, 2019).

Die verwendeten Studien nahmen in ihren Analysen nur vereinzelt Bezug auf Caring. Trotzdem lassen sich spannende Diskussionspunkte aus den Studien ableiten.

Monks et al. (2013) beschreiben, dass sich die Pflegefachpersonen über die Notwendigkeit von Caring in der Pflege bewusst sind. Auf Grundlage der Studien wird jedoch festgestellt, dass es zwischen der Betreuung der substanzabhängigen Patientinnen und Patienten und den Kernpunkten von Caring zu Diskrepanzen kommt. Diese Diskrepanz kann zur emotionalen Erschöpfung der Pflegefachperson führen, was diese dazu verleiten kann, die Patientinnen und Patienten als «schwierig» zu betiteln.

Auch Ford (2011) betont die Wichtigkeit der Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Rahmen von Caring. Bevor von den Pflegefachpersonen jedoch verlangt werden kann, eine solche Kompetenz und Haltung zu entwickeln, müssen die Institutionen Unterstützung und Sicherheit am Arbeitsplatz der Pflegefachpersonen gewährleisten und damit die Grundlage für eine Haltungsveränderung schaffen (Ford, 2011).

Es sind persönliche Attribute sowie institutionelle Prinzipien gefordert, um Caring in der Praxis umsetzen zu können. Dies bestätigt auch Kohlen (2016), für welchen das Zusammenspiel von Werthaltungen, Einstellungen, Kompetenzen und Expertisen sowie institutionellen Rahmenbedingungen die Umsetzung von Caring erst ermöglichen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Caring ein wichtiger Bestandteil der professionellen Pflege ist und eine grosse Rolle in der positiven Haltungsentwicklung von Pflegefachpersonen spielt. Diese Haltungsentwicklung zeigt sich als wichtige Kompetenz der Pflegefachperson in der Beziehungsgestaltung.

5.5.3 Gemeinsamkeiten der Konzepte

Beide Konzepte unterstützen die Haltungsentwicklung der Pflegefachperson, den Glauben und die Hoffnung der Patientinnen und Patienten aufrechtzuerhalten, ihre Würde und Individualität zu wahren und sie in ihrer Selbstbefähigung zu fördern. Insbesondere letzteres ist eine Schlüsselkompetenz bei der Pflege von Patientinnen und Patienten mit einer chronischen psychischen oder physischen Erkrankung (SBK, 2011). Über diesen, in beiden Konzepten vertretenen Elementen, steht die Personenzentriertheit in der Pflege. Die positive Wirkung der Personenzentriertheit auf die Beziehungsgestaltung und die Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit wurde nicht nur beim Verfassen dieser Arbeit festgestellt. Was die personenzentrierte Pflege für Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit bedeutet, zeigen Marchand et al. (2020) in ihrer Studie. Die Abbildung 7 stellt diese Ergebnisse dar. Insbesondere die Elemente «opening myself up» und «being a part of care» und deren Auswirkungen auf den Zustand der Betroffenen geht gleichermassen aus den verwendeten Studien hervor, wo Patientinnen und Patienten über positive Erfahrungen und die Auswirkungen der personenzentrierten Pflege berichteten.

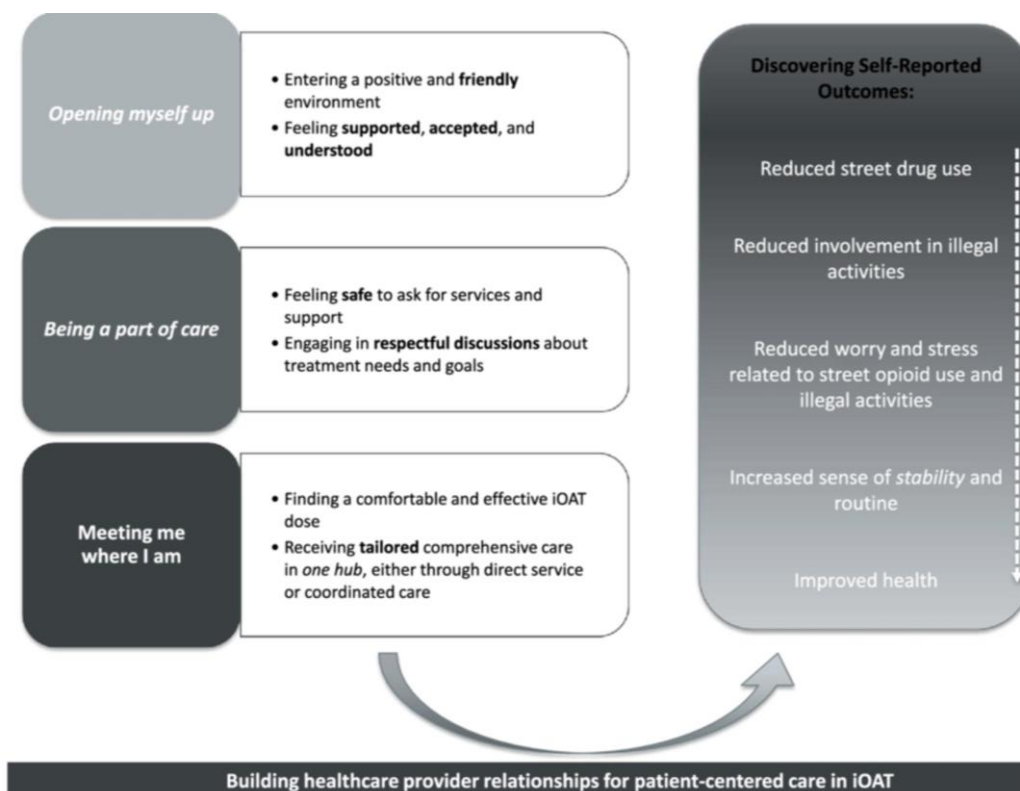


Abbildung 7. Positive Auswirkungen der personenzentrierte Pflege bei Substanzabhängigkeit (Marchand et al., 2020)

6 Schlussfolgerung und Bezug zur Fragestellung

Die vertiefte Auseinandersetzung mit diesem Thema im Rahmen dieser Arbeit bestätigt die in der Einleitung dargestellte Problematik der Substanzabhängigkeit und zeigt die Komplexität der Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung auf. Aufgrund der limitierten Datenlage und Komplexität dieser Thematik kann keine abschliessende Antwort auf die Fragestellung gegeben werden. Dennoch sollen die wichtigsten Erkenntnisse dazu, wie die Beziehungsgestaltung zu Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit professionell gestaltet werden kann, im Folgenden dargelegt werden.

Die in den Hauptstudien gewonnenen Ansichten von Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten ermöglichen ein vertiefteres Verständnis über die facettenreichen Faktoren, welche auf die Beziehungsgestaltung wirken. Die Analyse des Verhaltens beider Personengruppen lässt erkennen, dass oft ein Teufelskreis in der Beziehungsdynamik besteht. Auf das voreingenommene und distanzierte Verhalten der Pflegefachpersonen, welches durch negative Erfahrungen mit den Betroffenen geprägt ist, reagierten die Patientinnen und Patienten mit Misstrauen, Aggression und Rückzug. Dieses Verhalten verstärkte wiederum die Distanz und die negativen Sichtweisen der Pflegefachpersonen. Hatten Pflegefachpersonen jedoch eine positive Haltung gegenüber den substanzabhängigen Patientinnen und Patienten, entstand eine vertrauensvolle Atmosphäre und eine professionelle Beziehungsgestaltung wurde ermöglicht.

In der Analyse dieser Arbeit kristallisierten sich folgende beziehungsrelevante Faktoren heraus: Pflegefachperson und Haltung (1), Wissen (2) und Institution (3). Für die Bearbeitung unserer Fragestellung war es entscheidend, das Zusammenspiel dieser Faktoren zu betrachten. Der Besitz einer positiven Haltung setzt ein Wissen über abhängigkeitspezifische Themen voraus. Wissen allein ist jedoch für die Haltungsentwicklung nicht ausreichend, sie setzt auch eine persönliche Auseinandersetzung mit den eigenen Werten voraus. Des Weiteren liegt es an den Institutionen, Wissen weiterzugeben, Sicherheit zu gewährleisten, Pflegefachpersonen in ihrer Rolle zu stärken und generell den benötigten Rahmen für die Haltungsentwicklung zu gewährleisten.

Die Konzepte Caring und Recovery bieten den Institutionen und Pflegefachpersonen wichtige Orientierungspunkte für die Pflege und Betreuung der substanzabhängigen Patientinnen und Patienten, welche eine besonders vulnerable Population darstellen. Die Literatur verdeutlicht, dass die Beziehungsgestaltung bei dieser Population einen erheblichen Einfluss auf deren physische und psychische Entwicklung hat. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema bestätigt, dass die Auswirkungen einer gelungenen und professionellen Beziehungsgestaltung weitreichend sind: Wo Patientinnen und Patienten sich gut gepflegt und begleitet fühlten, nahmen sie vermehrt medizinische Hilfe in Anspruch und pflege- und patientenrelevante Probleme und Ziele konnten gemeinsam angegangen werden. Dies wirkt dem hohen Komplexitäts- und Mortalitätslevel der Betroffenen entgegen, von welchem Pflegefachpersonen und nicht zuletzt Gesundheitsinstitutionen negativ betroffen sind. Die Erkenntnisse aus der Literatur, dass der Nutzen der Beziehungsgestaltung in akutsomatischen Institutionen unterschätzt wird, sind mit persönlichen Erfahrungen aus der Praxis kongruent. Daher liegt es nahe, dass die Akutsomatik davon profitieren würde, wenn der Wert der Beziehungsgestaltung nicht nur in der Theorie, sondern vielmehr auch in der Praxis anerkannt und gefördert werden würde.

6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Die Empfehlungen für die Pflegepraxis sind auf den Studienergebnissen, der Diskussion und den Erfahrungen aus der Praxis aufgebaut. Sie werden aus der Sichtweise der Autorinnen beschrieben und dienen der Gestaltung einer professionellen Beziehung mit substanzabhängigen Patientinnen und Patienten. Die Einteilung erfolgte anhand der Kategorien Pflegefachperson und Haltung, Wissen, und Institution. Bei der Interpretation der Praxisempfehlungen soll berücksichtigt werden, dass die einzelnen Kategorien voneinander abhängig sind und sich gegenseitig beeinflussen (Abbildung 8).

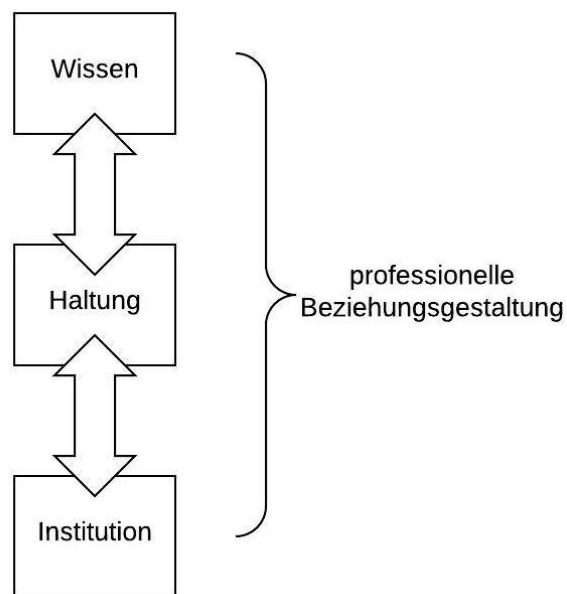


Abbildung 8. Abhängigkeit der Kategorien

6.1.1 Pflegefachperson und Haltung

Eine positive Haltungsentwicklung der Pflegefachperson ist stark von ihrer Reflexionsfähigkeit abhängig. Die Verwendung des DDPPQ Fragenbogens von Watson et al. (2007) empfiehlt sich für das Bewusstwerden möglicher Voreingenommenheit gegenüber Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit. Die Reflexionsfähigkeit der Pflegefachperson kann durch die Praxisbegleitung während der Ausbildung gestärkt und weiterentwickelt werden. Es soll hier die Wichtigkeit der Reflexion bezüglich eigener Möglichkeiten und Grenzen in der Rolle als Pflegefachperson und insbesondere in ihrer «Helferrolle» nochmals verdeutlicht werden. Dies scheint insbesondere dann wichtig, wenn Frustration und emotionale Erschöpfung in der Pflege aufkommen.

Die Haltungsentwicklung und Reflexionsfähigkeit kann mittels Unterstützung durch psychosoziale Fachkräfte gestärkt werden, beispielsweise im Rahmen einer Supervision. Die Supervision oder auch Teamgespräche fördern die gemeinsame Haltungsentwicklung des gesamten Behandlungsteams, wodurch ein einheitlicher Behandlungsansatz gestärkt wird. Die Unterstützung im Team kann auch insoweit eine Hilfe sein, um Frustration und emotionaler Erschöpfung zu begegnen.

6.1.2 Wissen

Die vermehrte Verankerung von theoretischem Wissen mit psychischen Krankheiten im Curriculum der Pflegeausbildung zeigt sich von grosser Wichtigkeit. Der Fokus soll dabei auf der Vermittlung von Basiswissen psychiatrischer Krankheitsbilder, Konzepten psychiatrischer Pflege und der Herstellung eines Bezugs zum Praxisalltag liegen. Der Praxisbezug kann beispielsweise durch Situationsbeschreibungen oder durch realitätsnahe Rollenspiele mit professionellen Schauspielerinnen und Schauspielern hergestellt werden. Durch diese Erfahrung und der anschliessenden Evaluation der Situation kann ein langanhaltender Lerneffekt bewirkt werden.

Darüber hinaus ist es von grosser Bedeutung, dass vermehrt aufgezeigt wird, dass die Beziehung ein immanenter Bestandteil professioneller Pflege ist. Dies impliziert auch, dass Wissen rund um die Beziehungsgestaltung in der Pflege gefördert wird.

6.1.3 Institution

Die Institutionen stehen in der Pflicht, Pflegefachpersonen in der professionellen Beziehungsgestaltung zu unterstützen. Sie tragen eine wichtige Rolle bezüglich der Wissenserweiterung, Arbeitszufriedenheit, Gewährleistung von Sicherheit und Ermöglichung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Es empfiehlt sich, wiederholt Weiterbildungen zu Themen der Substanzabhängigkeit (Fokus Behandlungsmöglichkeiten und Entzugsmanagement), Aggressionsmanagement, motivierende Gesprächsführung, Umgang mit emotionaler Erschöpfung und den Konzepten von Recovery und Caring anzubieten. Wie bereits erwähnt, reichen Edukationsmassnahmen für eine professionelle Beziehungsgestaltung allein nicht aus. Sie können jedoch das Verständnis für diese vulnerable Population erhöhen und schaffen die Möglichkeit, Strategien im Umgang mit den Patientinnen und Patienten zu entwickeln, beispielsweise im deeskalativen Umgang in Konfliktsituationen. Weitere Massnahmen zur professionellen Beziehungsgestaltung bietet die Implementierung des «primary nursing». Dabei handelt es sich um eine Bezugspflege, in welcher durch Kontinuität eine wichtige Grundlage für das Kennenlernen der Patientin oder des Patienten geliefert wird. Ebenfalls wird empfohlen, dass Institutionen interprofessionelle Unterstützungsmöglichkeiten anbieten, beispielsweise durch Fallbesprechungen oder die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu psychiatrischem Fachpersonal. Zudem sollte die Rolle der «advanced practice nurse» gestärkt werden, um die Kompetenzerweiterung in der pflegerischen Behandlung der Substanzabhängigkeit und der evidenzbasierten Anwendung des Entzugsmanagements zu fördern. Ein weiterer möglicher Tätigkeitsbereich der «advanced practice nurse» wäre die empfohlene Implementierung des Recovery Konzepts in der Akutsomatik.

6.2 Empfehlung für die Pflegewissenschaft

Es herrscht ein grosser Bedarf an Forschung im Bereich der Beziehungsgestaltung mit substanzabhängigen Patientinnen und Patienten im Akutspital.

Ein Grund dafür könnte in der mangelnde Forschungslage im Bereich der Beziehungsgestaltung allgemein liegen. Lademann (2019) stellte im Rahmen ihrer Literaturarbeit fest, dass Studien zur Beziehungsgestaltung in den letzten 25 Jahren in der Pflegeforschung nicht vorgekommen. Ebenfalls Bedarf an Forschung besteht in Bezug auf die Übertragung von psychiatrischen Anwendungen in den Bereich der Akutsomatik, wie beispielsweise das Recovery Konzept. Psychiatrisches Hintergrundwissen ist in der akutsomatischen Versorgung unabdingbar. Diverse Anwendungen und Beziehungsmodelle sind in der akutsomatischen Praxis jedoch nicht evidenzbasiert und benötigen deshalb weitere Forschungsarbeit. Bei weiterer Forschung in dieser Thematik empfiehlt sich eine Kombination von quantitativen und qualitativen Ansätzen. Beispielsweise könnte die Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit durch die Verwendung des DDPPQ Fragebogens von Watson et al. (2007), kombiniert mit einem narrativen Interview und mit offener Beobachtung der Forschenden, erfasst werden. Aus der Analyse dieser Arbeit ergibt sich die weiterführende Frage, inwieweit die personenzentrierte Pflege in der Akutsomatik die physische und psychische Entwicklung von Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit beeinflusst.

7 Limitationen

Durch die Verwendung von qualitativen und quantitativen Studien wurde eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Thematik ermöglicht. Die Studienaussagen der qualitativen Studien waren mehrheitlich identisch oder ergänzend zueinander. Die Ergebnisse der quantitativen Studien sind teilweise unterschiedlich, dies lässt sich jedoch dadurch begründen, dass die jeweiligen Gesundheitsinstitutionen sehr unterschiedlich sind.

Hier gilt es ebenfalls anzumerken, dass es für die Studienteilnehmenden bei den Interviews der qualitativen Studien vermutlich näher lag, sich vorwiegend auf negative Inhalte zu fokussieren. Ein Grund dafür könnte die Formulierung der Leitfragen sein.

Der Ergebnistransfer ins schweizerische Gesundheitssystem ist erschwert. Der Vergleich ist nur bedingt möglich, da keine der verwendeten Studien aus der Schweiz stammt. Die Aktualität des Forschungsstands ist gewährleistet, da die Hauptstudien in den Jahren zwischen 2011 und 2019 erhoben wurden. Hier sei jedoch anzumerken, dass Studien von 2019, Studien von 2011 und früher zitieren.

Dies ist mit der mangelnden Datenlage zur Thematik dieser Arbeit zu begründen.

Eine weitere Limitation bezieht sich auf die mögliche Voreingenommenheit der Verfasserinnen gegenüber der Thematik. Das Thema wurde aus persönlichem Interesse gewählt und es herrschte eine gewisse Erwartungshaltung bezüglich der Ergebnisse dieser Arbeit. Die eigene Haltung und mögliche Voreingenommenheit wurden während des gesamten Prozesses dieser Arbeit reflektiert und die Ergebnisse mit der nötigen Distanz und Unvoreingenommenheit betrachtet.

Substanzabhängigkeit geht oftmals mit unterschiedlichen psychiatrischen Komorbiditäten einher. Die Beachtung der unterschiedlichen Begleiterkrankungen und deren Konsequenzen auf die Beziehungsgestaltung konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht ganzheitlich erfasst werden.

Ebenfalls gilt es zu erwähnen, dass die kritische Würdigung der Studien aufgrund des fehlenden Erfahrungs- und begrenzten Hintergrundwissen der Autorinnen limitiert ist.

Literaturverzeichnis

- Albery, I. P., Heuston, J., Ward, J., Groves, P., Durand, M. A., Gossop, M., & Strang, J. (2003). Measuring therapeutic attitude among drug workers. *Addictive Behaviors*, 28(5), 995–1005. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00288-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00288-X)
- Allman, D., Myers, T., Schellenberg, J., Strike, C., Cockerill, R., & Cavalieri, W. (2007). Improving health and social care relationships for harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 18(3), 194–203. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.07.005>
- Batra, A., & Bilke-Hentsch, O. (2016). Allgemeine Grundlagen. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (2., überarbeitete Auflage, S. 14–46). Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1997). *Pflege, Stress und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Boyle, M. J., Williams, B., Brown, T., Molloy, A., McKenna, L., Molloy, E., & Lewis, B. (2010). Attitudes of undergraduate health science students towards patients with intellectual disability, substance abuse, and acute mental illness: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 10(1), 71–79. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-71>
- Bridges, J., Nicholson, C., Maben, J., Pope, C., Flatley, M., Wilkinson, C., ... Tziggili, M. (2013). Capacity for care: Meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 760–772. <https://doi.org/10.1111/jan.12050>
- Büker, C. (2019). Die Pflegebeziehung—Begriff, Besonderheiten, Bedeutung. In J. Lademann & C. Büker (Hrsg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege* (1. Auflage, S. 15–43). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*. Abgerufen von <http://www.gesundheit2020.ch/>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Elsevier, Urban und Fischer.

- Cardinal, R. N., & Everitt, B. J. (2004). Neural and psychological mechanisms underlying appetitive learning: Links to drug addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 14(2), 156–162. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2004.03.004>
- Chu, C., & Galang, A. (2013). Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use. *The Canadian Nurse*, 109(6), 29–33.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-Patient Interaction in Acute Adult Inpatient Mental Health Units: A Review and Synthesis of Qualitative Studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), 66–79. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.622428>
- Curran, G. M., Sullivan, G., Williams, K., Han, X., Allee, E., & Kotrla, K. J. (2008). The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: An observational cohort study. *BMC Emergency Medicine*, 8(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-8-17>
- Deans, C., & Soar, R. (2005). Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: The experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00830.x>
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Dinç, L., & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse–patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20(5), 501–516. <https://doi.org/10.1177/0969733012468463>
- Dion, K. (2019). Perceptions of Persons Who Inject Drugs About Nursing Care They Have Received: *Journal of Addictions Nursing*, 30(2), 101–107. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000277>
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Feuerlein, W., & Schulte, B. (1989). *Alkoholismus—Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung—Folge—Therapie* (4., überarb. Aufl). Stuttgart: Thieme.
- Fiechter, V., & Meier, M. (1992). *Pflegeplanung*. Basel: Recom.

- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse*, 37(2), 241–252. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.37.2.241>
- Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2452–2462. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x>
- Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2009). Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough. *International Journal of Nursing Practice*, 15(2), 112–118. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01732.x>
- Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C., & Culyer, A. (2002). *The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000*. Abgerufen von <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hors249.pdf>
- Haber, P. S., Demirkol, A., Lange, K., & Murnion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet*, 374(9697), 1284–1293. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61036-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9)
- Happell, B., & Taylor, C. (2001). Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(2), 87–96. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00198.x>
- Harling, M., Overy, C., Beckham, G., Denby, R., Goddard, S., O'Connor, C., ... Tully, D. (2006). Addressing negative attitudes toward substance use in nursing: A peer-led approach in nurse education. *Drugs and Alcohol Today*, 6(2), 38–41. <https://doi.org/10.1108/17459265200600033>
- Hohman, M., Finnegan, D., & Clapp, J. D. (2008). A Concurrent Validation Study of the Alcohol and Other Drug Identification (AODI) Scale. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(3), 367–379. <https://doi.org/10.1080/15332560802224527>

- Howard, V., & Holmshaw, J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use: Staff perceptions towards patients with co-occurring ill-mental health and illicit substance use. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 862–872. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01620.x>
- Hulskers, H. (2003). Development of an instrument to audit the nurse-patient relationship. *Pflege*, 16(3), 135–143. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.16.3.135>
- Hunt, N., & Derricott, J. (2001). Smackheads, crackheads and other junkies: Dimensions of the stigma of drug use. In C. Carlisle, T. Mason, C. Watkins, & E. Whitehead (Hrsg.), *Stigma and Social Exclusion in Healthcare*. London ; New York: Routledge.
- Hutterer, C., Müller, R., Rietenberg, S., Sensse, U., Sterzer, B., Sensse, U., & Sterzer, B. (2019). *Ein Angebot an alle, die einem nahestehenden Menschen helfen wollen*. Abgerufen von https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Ein_Angebot_an_alle_-_deutsch.pdf
- Indermaur, E. (2016). *Recoveryorientierte Pflege bei Suchterkrankungen* (1. Auflage; M. Grieser, M. Schulz, & G. Zuaboni, Hrsg.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Johnson, P. B., & Sung, H.-E. (2009). Substance Abuse among Aging Baby Boomers: Health and Treatment Implications: *Journal of Addictions Nursing*, 20(3), 124–126. <https://doi.org/10.1080/10884600903078936>
- Kammer-Spohn, M. (2013). Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. *Bulletin des médecins suisses*, 94(38), 1450–1452.
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion, Generalsekretariat. (2011). *Zürcher Spitalplanung 2012—Teil 2: Strukturbericht—Vernehmlassungsversion Mai 2011*. Abgerufen von https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/strukturbericht/strukturbericht/strukturbericht_mit_abbildungen_hohe_aufloesung.pdf.spooler.download.1320158316555.pdf/strukturbericht_mit_abbildungen_hohe_aufloesung.pdf

- Kelleher, S., & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, 17(1), 3–14.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.08.003>
- Keller, A., & Stohler, R. (2011). Störungen durch psychotrope Substanzen (Suchtkrankheiten). In D. Hell, J. Endrass, J. Vontobel, & S. Ulrich (Hrsg.), *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie: Das Basiswissen mit Repetitoriumsfragen* (3., überarb. Aufl, S. 75–98). Bern: Huber.
- Knuf, A. (2004). Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. *Soziale Psychiatrie*, 28(1), 38–41.
- Kohlen, H. (2016). *Plädoyer für einen widerständige Care-Praxis –Zur Entwicklung von Care Ethiken im internationalen Vergleich und ihrem Status in der Pflege. In: Caring–Plicht oder Kür? Gestaltungsspielräume für eine fürsorgliche Pflegepraxis.* (V. Kleibel & K. Urban- Huser, Hrsg.). Wien: Facultas.
- Lademann, J. (2019). Voraussetzungen effektiver Beziehungsgestaltung in der Pflege. In J. Lademann & C. Büker (Hrsg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege* (1. Auflage, S. 161–180). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Auflage). München: Elsevier.
- Marchand, K., Foreman, J., MacDonald, S., Harrison, S., Schechter, M. T., & Oviedo-Joekes, E. (2020). Building healthcare provider relationships for patient-centered care: A qualitative study of the experiences of people receiving injectable opioid agonist treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 7–16. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-0253-y>
- Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., & Ginés, J. M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 20(3), 147–156.

- McLaughlin, D. F., McKenna, H., & Leslie, J. C. (2000). The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care staff and the care they receive. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 435–441. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00329.x>
- McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., & Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: Perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 682–686. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01015.x>
- Mersy, D. J. (2003). *Recognition of Alcohol and Substance Abuse*. 67(7), 1529–1532.
- Midgley, S., & Petersen, T. (2002). Antidiscriminatory practice in substance misuse work. In A. McBride & T. Petersen (Hrsg.), *Working with substance misusers: A guide to theory and practice*. London: Routledge.
- Monks, R., Topping, A., & Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: A grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 935–946. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x>
- Muhrer, J. C. (2010). Detecting and Dealing with Substance Abuse Disorders in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(8), 597–605. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2010.01.022>
- Münzel, B., & Klos, H. (2012). Pflege von Menschen mit Suchterkrankungen. *Psych. Pflege Heute*, 18(04), 218–221. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1321930>
- Natan, M. B., Beyil, V., & Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 566–573. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01799.x>
- Needham, I. (2011). Die Person des Helfers. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3. Auflage, S. 297–308). Bern: Hans Huber.
- Needham, I., & Rabenschlag, F. (2011). Recovery. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3. Auflage, S. 870–891). Bern: Hans Huber.

- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339–346. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Nilsen, S. L., Stone, W. L., & Burleson, S. L. (2013). Identifying Medical–Surgical Nursing Staff Perceptions of the Drug-Abusing Patient: *Journal of Addictions Nursing*, 24(3), 168–172. <https://doi.org/10.1097/JAN.0b013e3182a4cb9c>
- Nurses Association of New Brunswick, & Association of New Brunswick Licensed Practical Nurses. (2015). *Working together: A framework for the registered nurse and the licensed practical nurse*. Fredericton: Nurses Association of New Brunswick.
- Owens, P. L., Fingar, K. R., McDermott, K. W., Muhuri, P. K., & Heslin, K. C. (2019). Inpatient Stays Involving Mental and Substance Use Disorders, 2016: Statistical Brief #249. In Agency for Healthcare Research and Quality (US) (Hrsg.), *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. Abgerufen von <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK540878/>
- Peckover, S., & Chidlaw, R. G. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances: District nurses and clients who misuse substances. *Health & Social Care in the Community*, 15(3), 238–245. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00683.x>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Pohlmann, M. (2006). Die Pflegende-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege*, 19(3), 156–162. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.3.156>
- Rassool, G. H., & Rawaf, S. (2008). Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. *Nurse Education Today*, 28(3), 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.06.001>
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW*.

- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2009). Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit: Der Stand der Forschung. *SUCHT*, 55(2), 75–85. <https://doi.org/10.1024/2009.02.03>
- Schäfer, M., Scherrer, A., & Burla, L. (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung systematische Übersichtsarbeit*. Abgerufen von <https://repository.publisso.de/resource/fri:5313255>
- Schmid, S. (1994). *caring—Ein beständiger und professioneller Pflegeinhalt*. Abgerufen von https://www.hfpflege.ch/Members/kgaeumann/weiterbildung-schuld-und-ohnmacht-karin-gaeumann-felix/copy_of_caring/diplomarbeit-silvia-schmid
- Schmid, S. (1999). *Caring—Eine Literaturübersicht*. Abgerufen von https://www.hfpflege.ch/Members/kgaeumann/weiterbildung-schuld-und-ohnmacht-karin-gaeumann-felix/copy_of_caring/literaturreview-schmid-1999
- Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). (2011). *Professionelle Pflege Schweiz. Perspektive 2020*. Abgerufen von https://www.sbk.ch/files/Shop/publikationen_de/1169/Perspektive2020-dt.pdf
- Scott, C. K., Dennis, M. L., Laudet, A., Funk, R. R., & Simeone, R. S. (2011). Surviving Drug Addiction: The Effect of Treatment and Abstinence on Mortality. *American Journal of Public Health*, 101(4), 737–744. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.197038>
- Soyka, M., Küffner, H., & Feuerlein, W. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie* (6. Aufl., S. b-002-35712). <https://doi.org/10.1055/b-002-35712>
- Sterling, S., Chi, F., & Hinman, A. (2011). Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 33(4), 338–349.
- Stiefel, F. (2018). Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Prävalenz und Inanspruchnahme. *Obsan Bulletin*, 1(1), 1–8.
- Strauser, D. R., Ciftci, A., & O’Sullivan, D. (2009). Using attribution theory to examine community rehabilitation provider stigma: *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(1), 41–47. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e328307f5b0>

- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- Tarlier, D. S. (2004). Beyond caring: The moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5(3), 230–241.
<https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00182.x>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. FA Davis Company.
- Tschudin, V. (2003). *Ethics in nursing: The caring relationship* (3rd ed). Edinburgh ; New York: Butterworth-Heinemann.
- Tuch, A. (2018). Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Prävalenz und Inanspruchnahme. *Obsan Bulletin*, 1(1), 1–8.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Watson, H., Maclaren, W., & Kerr, S. (2007). Staff attitudes towards working with drug users: Development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire. *Addiction*, 102(2), 206–215. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01686.x>
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. National League for Nursing.
- Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 723–734. <https://doi.org/10.1111/jan.12862>
- Wolff, S. (2011). Pflegebeziehung und Interaktion. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3. Auflage, S. 309–346). Bern: Hans Huber.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Abgerufen von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1

World Health Organization (WHO). (2019). Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19). Abgerufen 20. April 2020, von International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) website:

<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F10-F19>

Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW). (2015).

Modulübersicht Bachelorstudiengang Pflege. Abgerufen von

https://www.studiportal.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/05_Pflege/02_Module/Modulübersicht_BSc2012_Pflege_V1.3_2015-03-09.pdf

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Caring-Prozess nach Swanson (1993)	18
Abbildung 2. Flussdiagramm zum Auswahlprozess (n= Anzahl Studien)	21
Abbildung 3. 6S-Pyramide der Evidenzlevel (DiCenso et al., 2009)	22
Abbildung 4. Negative Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung seitens der Pflegefachpersonen.....	26
Abbildung 5. Negative Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung seitens der Patientinnen und Patienten.....	31
Abbildung 6. Teufelkreis in der Beziehung.....	40
Abbildung 7. Positive Auswirkungen der personenzentrierte Pflege bei Substanzabhängigkeit (Marchand et al., 2020)	55
Abbildung 8. Abhängigkeit der Kategorien.....	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Übersicht der verwendeten Studien (chronologisch nach Publikationsjahr)	23
Tabelle 2. Caring-Prozess nach Swanson (1993) in Bezug zu den Studien	53

Wortzahl

Abstract: 199 Wörter

Arbeit: 11952 Wörter

Die Zählung der Wörter erfolgte unter Ausschluss des Titelblattes, des Abstracts, der Tabellen und deren Beschriftungen, der Abbildungsbeschriftungen, der Verzeichnisse, der Danksagung, der Eigenständigkeitserklärung und des Anhangs.

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Frau Rachel Hediger für ihr Engagement und ihre kompetente, konstruktive und immer wertschätzende Art während des gesamten Prozesses. Ebenso möchten wir [REDACTED] für das aufmerksame und hilfreiche Korrekturlesen herzlich danken. Abschliessend gilt ein spezieller Dank unseren Familien, Partnern und Freunden, die uns stets hilfreich und motivierend zur Seite standen.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»



Maddalena Fent



Nora Wäger

Anhang

Nachstehend werden die in der Arbeit verwiesenen Dokumente dargestellt.

Anhang A

Rechercheprotokoll

Datenbank	Datum	Keywords und Headings	Anzahl Treffer insgesamt	verwendbare Studien
CINAHL	05.08.2019	(MH «Substance Dependence/NU») AND recovery	2	0
CINAHL	05.09.2019	substance addiction NOT nicotine addiction AND nurs* AND acute care	13	0
CINAHL	05.09. 2019	(MH «Nurse-Patient Relations») AND substance dependence	27	2
CINAHL	02.11.2019	substance dependence AND patient needs AND nurs*	28	1
Medline	10.09.2019	(substance dependence OR substance addiction) AND recovery AND acute care AND nurs*	87	0
Medline	10.09.2019	(nurse-patient relationship AND substance dependence OR substance addiction AND acute care)	3	0
Pubpsych	02.11.2019	nurse- patient relationship AND substance addiction	1	0
Pubpsych	02.11.2019	recovery model and nurs* and substance addiction	3	0

Anhang B

DDPPQ Fragebogen nach Watson et al. (2007)

FACTOR STRUCTURE OF THE VALIDATED DRUG AND DRUG PROBLEMS PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE

Item	Role adequacy	Item	Role legitimacy	Item	Role support
1	I feel I have a working knowledge of drugs and drug related problems	8	I feel I have the right to ask patients questions about their drug when necessary.	11	If I felt the need when working with drug users I could easily find someone with whom I could discuss any personal difficulties that I might encounter.
2	I feel I know enough about the causes of drug problems to carry out my role when working with drug users	9	I feel that my patients believe I have the right to ask them questions about drug when necessary.	12	I feel the need when working with drug users I could easily find someone who would help me clarify my professional responsibilities.
3	I feel I know enough about the physical effects of drug use to carry out my role when working with drug users	10	I feel I have the right to ask a patient for any information that is relevant to their drug problems.	13	If I felt the need I could easily find someone who would be able to help me formulate the best approach to a drug user.
4	I feel I know enough about the psychological effects of drugs to carry out my role when working with drug users				
5	I feel I know enough about the factors which put people at risk of developing drug problems to carry out my role when working with drug users				
6	I feel I know how to counsel drug users over the long term.				
7	I feel I can appropriately advise my patients/clients about drugs and their effects.				
19	On the whole, I am satisfied with the way I work with drug users.				
	Motivation		Task specific self-esteem		Work Satisfaction
15	I feel that there is little I can do to help drug users.	16	In general, I have less respect for drug users than for most other patients/clients I work with.	14	I want to work with drug users.
		17	I feel I do not have much to be proud of when working with drug users.	21	In general, it is rewarding to work with drug users.
		18	At times I feel I am no good at all with drug users.	20	In general, one can get satisfaction from working with drug users.
				22	In general, I feel I can understand drug users.

**DRUGS AND DRUG USERS' PROBLEMS PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE
(VALIDATED VERSION)**

To which professional group do you belong?

Doctor ☐ Clinical Psychologist ☐ Occupational therapist ☐ Community-based Nurse ☐ Other (please specify) ☐ _____
 Hospital-based Nurse ☐

Please indicate your current grade. _____ **What is your clinical specialty?** _____ **How long have you held this post?** _____

Please indicate how much you agree or disagree with each of the following statements about working with people who use licit or illicit drugs in a non-therapeutic way.

Please circle one number for each question.	Strongly agree					Strongly disagree	
	1	2	3	4	5	6	7
1. I feel I have a working knowledge of drugs and drug related problems.	1	2	3	4	5	6	7
2. I feel I know enough about the causes of drug problems to carry out my role when working with drug users.	1	2	3	4	5	6	7
3. I feel I know enough about the physical effects of drug use to carry out my role when working with drug users.	1	2	3	4	5	6	7
4. I feel I know enough about the psychological effects of drugs to carry out my role when working with drug users	1	2	3	4	5	6	7
5. I feel I know enough about the factors which put people at risk of developing drug problems to carry out my role when working with drug users.	1	2	3	4	5	6	7
6. I feel I know how to counsel drug users over the long term.	1	2	3	4	5	6	7
7. I feel I can appropriately advise my patients/clients about drugs and their effects.	1	2	3	4	5	6	7

Please circle one number for each question.	Strongly agree					Strongly disagree	
	1	2	3	4	5	6	7
8. I feel I have the right to ask patients/clients questions about their drug use when necessary.	1	2	3	4	5	6	7
9. I feel that my patients/clients believe I have the right to ask them questions about drug use when necessary.	1	2	3	4	5	6	7
10. I feel I have the right to ask a patient for any information that is relevant to their drug problems.	1	2	3	4	5	6	7
11. If I felt the need when working with drug users I could easily find someone with whom I could discuss any personal difficulties that I might encounter.	1	2	3	4	5	6	7
12. If I felt the need when working with drug users I could easily find someone who would help me clarify my professional responsibilities.	1	2	3	4	5	6	7
13. If I felt the need I could easily find someone who would be able to help me formulate the best approach to a drug user.	1	2	3	4	5	6	7
14. I want to work with drug users.	1	2	3	4	5	6	7
15. I feel that there is little I can do to help drug users.	1	2	3	4	5	6	7
16. In general, I have less respect for drug users than for most other patients/clients I work with.	1	2	3	4	5	6	7
17. I feel I do not have much to be proud of when working with drug users.	1	2	3	4	5	6	7
18. At times I feel I am no good at all with drug users.	1	2	3	4	5	6	7
19. On the whole, I am satisfied with the way I work with drug users.	1	2	3	4	5	6	7
20. In general, one can get satisfaction from working with drug users.	1	2	3	4	5	6	7
21. In general, it is rewarding to work with drug users.	1	2	3	4	5	6	7
22. In general, I feel I can understand drug users.	1	2	3	4	5	6	7

Anhang C

Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien

Zusammenfassung der Studie von Ford, R. (2015): Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs.

Einleitung	<p>Problem/Phänomen: Interpersonelle Spannungen stellen ein Hindernis in der pflegerischen Versorgung von Patienten, welche illegale Substanzen konsumieren, dar.</p> <p>Forschungsfrage / Ziel: Wissen über die interpersonalen Herausforderungen von Pflegefachpersonen mit dieser Patientengruppe gewinnen und daraus Empfehlungen für Pflegefachpersonen ableiten.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Dass die pflegerische Versorgung von Patienten mit Substanzkonsum komplex und anspruchsvoll ist, ist aus vorausgegangenen Studien bereits bekannt. Verschiedene Studien berichten über den Bedarf von verbesserten Kenntnissen bei Pflegefachpersonen, u.a in Themen wie Drogen (Culver & Walker, 1999), schadensvermindernde Strategien (Hilton et al., 2001) und Assessment und Management von Schmerzen bei dieser Patientengruppe (Cook, Sefcik, & Stetina, 2004). Diverse Studien belegen, dass diese Patientengruppe komplexe und weitreichende pflegerische Versorgung für verschiedene Zustände, wie z.B infektiöse Komplikationen vom Drogenkonsum, psychopathologische Zustandsbilder, etc. benötigen. Die Rolle von Pflegefachpersonen wird von Allman, et. al (2006) als komplex und erschöpfend beschrieben, Peckover und Chidlaw (2007) sehen Pflegefachpersonen als gefährdet und vulnerabel in ihrer Rolle. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie umfassen den zweiten Teil einer grösseren mixed-methods Studie von Ford, Bammer, & Becker (2008, 2009), über die therapeutische Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber ihren substanzabhängigen Patienten. «Interpersonelle Herausforderungen» war ein Schlüsselresultat in jener Studie. Dieses Thema wird in der vorliegenden Studie, anhand verschiedener Interpretationen der berichteten Ansichten von Pflegefachpersonen, präsentiert.</p> <p>Forschungsbedarf: Bis anhin ist wenig bekannt über die Probleme, welche Pflegefachpersonen in der Pflege von dieser Patientengruppe haben. Dieses Wissen wird benötigt, um sie in ihrer Rolle fördern zu können.</p>
Methode	<p>Forschungsdesign: Die Studie ist der zweite Teil der mixed-methods Studie mit einer Querschnittsbefragung, bestehend aus quantitativen und qualitativen Elementen.</p> <p>Population: australische Pflegefachpersonen</p> <p>Stichprobe: Für die Rekrutierung der Teilnehmenden (alle Pflegefachpersonen, welche im «australian capital territory Nurses registration Board Roll» registriert waren(n=3816) wurde, nachdem 575 Teilnehmende aufgrund Auslandsreisen, Pensionierung, inkorrektter Adresse ausgeschlossen wurden, die Umfrage den verbliebenen Pflegefachpersonen nach Hause oder an ihren Arbeitsplatz verschickt. n=1605 ausgefüllte Formulare wurden zurückgeschickt und für die Studie verwendet.</p> <p>Die Stichprobe der Erststudie (n=1605) wurde mit Informationen von der ACT Nursing Labour Force Survey verglichen und als repräsentativ für die Population der ACT Pflegefachpersonen, hinsichtlich Geschlecht, Alter, Anstellung im öffentlichen/privaten Sektor, Dauer der Zulassung und Praxisgebiet, gewertet. N = 723 Personen beantworteten die in der Erststudie enthaltene offene Frage bezüglich der Faktoren, welche für die Pflegefachpersonen die pflegerische Versorgung dieser Patientengruppe erschwerten. Davon berichteten 311 Personen interpersonelle Herausforderungen als ein Hindernis in ihrer Rolle. Um diesen neu erfassten Faktor näher zu beleuchten, wurden diese 311 Personen für die Zweitstudie rekrutiert.</p> <p>Charakterisierung der Teilstichprobe: Durchschnittsalter 42 Jahre, Geschlecht hauptsächlich weiblich (98%), Anstellung im öffentlichen Bereich (80%), Bildungsgrad: BSc oder höheres Level (62%), Jahre der Zulassung (19).</p>

	<p>Ein Grossteil arbeitet auf allgemein medizinisch/chirurgischen Abteilungen, IPS inklusive. Die verbleibenden Teilnehmenden arbeiten in Bereichen der Neonatologie, Pädiatrie, Notfall, Psychiatrie und Management. Es gab keine verschiedenen Studiengruppen.</p> <p>Datenerhebung: Die narrativen Daten von 311 Personen zur offenen Frage über die Faktoren, welche sie in der pflegerischen Versorgung dieser Patientengruppe behinderten, wurden im Fragebogen der Erststudie erhoben. Die Daten wurden einmalig erhoben.</p> <p>Datenverarbeitung: Lesen und Interpretation/Analyse der Abschriften.</p> <p>Datenanalyse: Mithilfe von NVivo wurden die Transkripte thematisch analysiert. NVivo ist ein computerisiertes Coding-System, welches die Genauigkeit im Datenabruf und Codierung unterstützt. Anfänglich wurden alle Statements, welche in Verbindung mit «interpersoneller Herausforderungen in der Funktion als Pflegefachperson» standen, als ein Thema kodiert. Die Statements wurden analysiert und in 3 Subthemen eingeteilt: Gewalt als Hindernis in der pflegerischen Versorgung, Manipulation als Hindernis in der pflegerischen Versorgung und Verantwortungslosigkeit als Hindernis in der pflegerischen Versorgung. Ein qualitativer Wissenschaftler beurteilte dann unabhängig die originalen Transkripte. Codierungs-Entscheide wurden diskutiert und abweichende Punkte geklärt. Zuletzt überprüften drei Pflegefachpersonen, von der Stichprobe unabhängig, die Daten und gaben die Bestätigung, dass die Statements den 3 Themen nachvollziehbar zugeteilt wurden.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde vom «Australian National University Human Research Ethics Committee» genehmigt.</p>
Ergebnisse	<p>Drei Themen zeigten sich in der Analyse der Aussagen bezüglich interpersonellen Herausforderungen mit dieser Patientengruppe.</p> <p>(1) Gewalt als Hindernis in der pflegerischen Versorgung: Hinsichtlich der Angst um die eigene Sicherheit, beschrieben die Pflegefachpersonen, dass sie das Verhalten der Patienten oft als gewaltbereit, missbräuchlich, agitiert, irrational, etc. empfanden. Sie erklärten sich dieses Verhalten mit dem Einfluss des Substanzkonsums auf die Fähigkeit, sich angemessen verhalten zu können.</p> <p>(2) Manipulation als Hindernis in der pflegerischen Versorgung: Pflegefachpersonen berichten über manipulatives Verhalten der Patienten im Zusammenhang mit Medikations- und Therapieordnungen. Sie berichten über Zweifel der Glaubwürdigkeit der Patienten im Zusammenhang mit der Medikation (keine physischen Gründe ersichtlich, wenn nach Schmerzmedikation gefragt wurde). Weiter wurde unter diesem Punkt fehlendes Vertrauen erwähnt. Pflegefachpersonen stufen das Verhalten als täuschend, belügend und hinterlistig ein, ebenso hielten Patienten Informationen über ihren Konsum zurück.</p> <p>(3) Verantwortungslosigkeit als Hindernis in der pflegerischen Versorgung: Die Pflegefachpersonen berichteten, dass die fehlende Selbstverantwortung der Patienten über die eigene Gesundheit und soziale Situation sie in der Pflege der Patienten behindern würde. Die Verantwortungslosigkeit führt zu einer zeitintensiven Versorgung, die eine Benachteiligung anderer Patienten als Konsequenz hat. Pflegefachpersonen berichteten unter diesem Punkt auch, eine bessere Pflege für diese Patientengruppe leisten zu können, wenn mehr Personal eingestellt werden könnte.</p> <p>Zusammenfassend wird gesagt, dass das Verhalten der Patienten die Pflegefachpersonen in ein Stresserleben auf verschiedenen Ebenen versetzt und sie daher unsicher sind bezüglich der Vorgehensweise in der Betreuung. Unsicherheiten, aufgrund von fehlendem Wissen über ihre Situation/Zustand, Unmögliche Abdeckung des Pflegebedarfs anderer Patienten, Gefühl des Ausgesetztseins von Gefahren und Risiken.</p>
Diskussion	<p>Vorausgehende Literatur beschreibt den Mangel an angemessener Bildung, Konzepte und Richtlinien als Hindernis für eine effektive Pflege bei Patienten mit einer Substanzabhängigkeit. Diese Studie zeigt, dass auch das Verhalten der Patienten die Pflegefachpersonen vor zwischenmenschliche Herausforderungen stellt und dies ihre Fähigkeit zu pflegen erschwert. Dass die Fähigkeit zu pflegen eingeschränkt sein kann, wenn sich Pflegefachpersonen im Umgang mit ihren Patienten Risiken und einer erhöhten Vulnerabilität ausgesetzt fühlen, wurde auch in der Studie von Peckover und Chidlaw (2007) beschrieben.</p> <p>Dass eine (dadurch) eingeschränkte Pflege Gefahren birgt, unterstrichen Hunt & Derriott (2001). Midgely & Peterson (2002) und hielten fest, dass wenn die Rolle der Pflegefachperson im Umgang mit dieser Patientengruppe nicht erhalten und gestärkt wird, eine fortschreitende Ablösung dieser bereits diskriminierten Patientengruppe stattfindet.</p> <p>Es gibt limitierte Forschung darüber, wie diese Patientengruppe über die erhaltene Pflege und Betreuung berichten.</p>

Bekannt ist aber, dass Patienten erkennen, dass sie Pflegepersonen sehr beanspruchen. Dennoch wünschen sie eine professionelle, sachkundige und menschengerechte Pflege. Allmann et al. (2006) stellten fest, dass kontrollierendes Verhalten gegenüber den Patienten dazu führt, dass die therapeutische Beziehung von Wut und Stress auf beiden Seiten geprägt wird und zu einer schnellen Selbstentlassung der Patientin oder des Patienten führt. Selleck und Redding (1998) warnten vor bestrafendem Verhalten gegenüber den Patienten, ebenso wie Phillips et. al (2005), die feststellten, dass substanzabhängige Patienten stark sensibel gegenüber der Haltung der Pflegefachpersonen sind.

Bezug zu den Ergebnissen: Laut McLellan et al. (2000) sei das Verständnis wichtig, dass die Substanzabhängigkeit kein akutes Problem ist und nicht mit sofortigen und langanhaltenden Lösungen behandelt werden kann, sondern ein chronisches Problem darstellt und sich die betroffenen Personen in einer Spirale aus Abhängigkeit und Abstinenz befinden. Angesichts dessen, dass eine Schnelllösung nicht üblich ist, ist eine schadensvermindernde Haltung in der Praxis eine pragmatische Art, um mit den Herausforderungen, denen Pflegefachpersonen gegenüberstehen, umzugehen. Eine schadensvermindernde Haltung bezieht sich auf gesundheitliche und soziale Strategien, welche den Fokus auf die Reduktion der Konsequenzen des Substanzkonsums legen, auch wenn der Konsum immer noch präsent ist (Ritter, Wodak, & Crofts, 2004). Wird ein schadensverminderndes Paradigma aufgenommen, wo die Akzeptanz der Umstände der Patientin und des Patienten vorrangig ist, können sich Pflegefachpersonen besser vorbereiten, um die interpersonellen Herausforderungen zu bewältigen. Eine derartige Haltung ermöglicht es, dass Patienten nicht selbständig und verfrüht austreten und dass eine Besserung ihres Zustandes erfolgen kann, auch wenn der Konsum und ein chaotischer Lebensstil beständig bleiben. Für Pflegefachpersonen ist die Akzeptanz der Patientin und des Patienten, dessen Entscheidungen und Situation, eine Schlüsselstrategie in der Pflege. In diesem Zusammenhang ist die motivierende Gesprächsführung eine Schlüsselqualifikation für Pflegefachpersonen. Die personenzentrierte Haltung in der motivierenden Gesprächsführung unterstützt die Selbstbestimmung der Patientin und des Patienten (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003). Diese Gesprächsführung konzentriert sich auf die Vermeidung von Widerstand, welcher im konfrontierenden Gespräch bei Patienten auftaucht.

Ein wichtiger Problempunkt der Studienteilnehmenden war die Angst und Verletzbarkeit, welche sie im Kontakt mit den Patienten fühlten. Dies führte zu Stress und hatte einen Einfluss auf die Patientenversorgung. Obwohl physische und nicht-physische Gewalt von verschiedenen Patientengruppen auskommt, beschreiben die Pflegefachpersonen in dieser Studie Eigenschaften der Gewalt bei dieser Patientengruppe, welche besonders schwierig zu bewältigen waren. So berichten Pflegefachpersonen, dass entzückte, intoxikierte oder post-intoxikierte Patienten unberechenbar sind und zu gewalttätigem Verhalten tendieren. Diese Aussagen werden unterstützt durch div. Studien, welche Faktoren darlegen, warum die Gewaltbereitschaft bei dieser Personengruppe oftmals erhöht ist.

In der Pflege von substanzabhängigen Patienten ist es wichtig, dass Pflegefachpersonen mit dem personenzentrierten Ansatz fortfahren, auch bei manipulativen und potentiell gewalttätigen Episoden. Obwohl ein Null-Toleranz Ansatz bei Gewalt Pflegefachpersonen schützt (Alexander, 2004), stellen O'Brien & Cole (2004) fest, dass dieser Ansatz als alleinige Antwort auf die die Gewalt die Situation verschlimmern, und zur Marginalisierung der Patientin oder des Patienten führen könnte. Des Weiteren vermuten Middleby-Clements & Grenyer (2007) in diesem Kontext, dass dieser Ansatz starre Einstellungen, wenig Toleranz und den Verlust von wichtigen Fähigkeiten im Umgang mit Gewalt mit sich bringt.

Die Probleme hinsichtlich der Sicherheit bei Pflegefachpersonen muss erste Priorität für Gesundheitsorganisationen sein, denn es sei weder praktisch umsetzbar, noch fair, Pflegefachpersonen zu beauftragen, ihre Versorgung mit dieser Patientengruppe zu verbessern, wenn das Umfeld ihnen keinen Schutz und Sicherheit bietet. Demnach wäre ein zweifacher Ansatz im Umgang mit gewalttätigem Verhalten von Patienten hilfreich: Einerseits muss das Team im Umgang mit Gewalt geschult werden, andererseits muss der Arbeitsort Modelle, Sicherheitsmassnahmen bzw. Hilfestellung bieten können, wenn Pflegefachpersonen gewalttätigem Verhalten ausgesetzt sind.

Implikationen und Empfehlungen: Die gelieferten Daten der Studie zeigen die täglichen Herausforderungen von Pflegefachpersonen im Umgang mit substanzabhängigen Patienten. Bleibt diese Situation weiterhin bestehen, besteht das Risiko, dass Pflegefachpersonen sich vermehrt lösen von dieser Patientengruppe und dass die Frustration und nicht erfüllten Bedürfnisse zu einer Eskalation führen.

Um den Denkansatz der Schadensverminderung annehmen zu können, wird empfohlen, dass Pflegefachpersonen Unterstützung erhalten durch Schulung und Unterstützung in ihrer Rolle am Arbeitsplatz. Diese Unterstützung kann durch folgende Massnahmen geboten werden:

Angebot eines Liasion – Dienstes bzw. einer spezialisierten Pflegefachperson: Die spezialisierte Pflegefachperson kann bei Bedarf kontaktiert werden. Mit diesem Angebot würden Pflegefachpersonen nicht nur direkt Hilfe in problematischen Situationen erfahren, sondern bietet es die Möglichkeit des kollaborativen Lernens. Da meist keine 24h Verfügbarkeit einer spezialisierten Pflegefachperson in den Kliniken gewährleistet werden kann, ist die Entwicklung von Fachkenntnis im Team essentiell. In regulären Seminaren durch spezialisierte Fachpersonen mit Fokus auf schadensvermindernde Strategien am Arbeitsplatz, Fallbesprechungen von komplexen klinischen und verhaltensbezogenen Patientenfällen, Vorstellung evidenzbasierten Strategien, Informationsübermittlung von neuartigen Drogen und Therapien. Weiterbildung am Arbeitsort alleine scheint in Hinsicht auf eine Praxisänderung jedoch insuffizient (Cartwright, 1880; Ford et al., 2008, 2009; Pidd et al., 2004). Angestellte brauchen dafür laut Roche (2002) das System am Arbeitsplatz als Unterstützung, und zur Aufrechterhaltung in der praktischen Umsetzung ihre Kenntnisse, in Form von der Vermittlung von evidenzbasierten Strategien, Skill – Mix Ressourcen, Möglichkeit zur Kontaktherstellung von spezialisierten Fachkräften, etc.

Schaffen eines sicheren Arbeitsumfelds: Faktoren am Arbeitsplatz sollen es ermöglichen, dass Pflegefachpersonen im Alltag voneinander lernen können, Grenzen ziehen können bei problematischen Verhaltensweisen der Patienten und Soforthilfe von Sicherheitspersonal kriegen können. Es wird davon ausgegangen, dass verbesserte Umstände der Pflegefachpersonen zu verbesserten Umständen bei den Patienten führt.

Limitationen: Limitation durch Studienart (Querschnittstudie), da sie einen Einblick zu einem bestimmten Zeitpunkt gibt, was schnell nicht mehr die Realität darstellt. Dennoch ist es dem hier beleuchteten Problem, nicht ähnlich, dass es sich schnell verändert. Da sich die Pflegefachpersonen aus der Ursprungsstudie für oder gegen die Frage, welche in dieser Studie behandelt wird selbst selektiert haben, gibt es eine Absenz von anderen Meinungen, was eine Limitation bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse setzt. Dennoch haben Pflegefachpersonen wichtige Erkenntnisse geliefert, welche die Komplexität ihrer Rolle aufzeigt, und was benötigt wird, um ihre Entwicklung im Beruf zu verbessern. Weitere Forschung wird empfohlen, um es eine umfassenden Analyse der Schwierigkeiten, welchen Pflegefachpersonen im Umgang mit substanzabhängigen Menschen gegenüberstehen, machen zu können.

Schlussfolgerung und Bezug zur Zielsetzung der Studie: Pflegefachpersonen berichten in dieser Studie über die Umstände in ihrer Arbeit mit substanzabhängigen Patienten, welche emotional herausfordernd und potentiell gefährlich sind, und aufgrund welchen sie Mühe haben, die pflegerische Versorgung durchzuführen. Die Ergebnisse geben Anstoss für Veränderungen und zu einem schadensvermindernden Ansatz in der Pflege. Mit dieser Neukonzeptualisierung in der Pflege könnten Pflegefachpersonen ihren Fokus klarer auf die Gesundheit und soziale Fürsorge der Patientin und des Patienten legen, ungeachtet dessen, ob der Konsum weiter besteht. Es ist wichtig, dass Pflegefachpersonen weiterhin dem personenzentrierten Ansatz in der Pflege folgen, auch wenn sie manipulativem und gewaltbereitem Verhalten ausgesetzt sind. Des Weiteren wird empfohlen, dass Pflegefachpersonen Schulungen am Arbeitsplatz, Rollenunterstützung und Massnahmen für ihre Sicherheit angeboten bekommen.

Würdigung der Studie von Ford, R. (2015): Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs.

Einleitung	<p>Das Phänomen der interpersonellen Spannungen zwischen Pflegefachpersonen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit wird in einem grossen Spektrum beschrieben und die Relevanz für die Pflege ersichtlich gemacht.</p> <p>Forschungsfrage: Es wurde keine Forschungsfrage präsentiert, jedoch wird das Ziel der Studie klar aufgezeigt.</p> <p>Darstellung des Themas: Verschiedene, bereits bekannte Probleme / Herausforderungen für Pflegefachpersonen in der pflegerischen Versorgung von Patienten mit einer Substanzabhängigkeit werden differenziert und anhand verschiedener Studien aufgezeigt. Die Signifikanz der Studie wird nicht diskutiert.</p>
Methode	<p>Forschungsfrage und gewähltes Design: Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar. Die Zweitstudie stellt den qualitativen Teil der mixed – methods Gesamtstudie dar, was nachvollziehbar ist, insofern die Fragestellung empirisch und offen ist.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung ist für das Design und die Zielsetzung der Studie insofern angebracht, als dass alle Studienteilnehmenden miteinbezogen wurden, welche interpersonelle Herausforderungen als Hindernis in der Pflege angaben. Die Stichprobe ist grösstenteils repräsentativ für die australische Zielpopulation hinsichtlich Alter, unterschiedlicher Bildungsstand, Dauer der Beschäftigung und Beschäftigung auf verschiedenen Stationen. Dass 98% der Teilnehmenden weiblich waren, und auch, dass einzelne Teilnehmende aus Sektoren der Bildung und Management kamen, ebenso dass die Teilnehmenden ausschliesslich in australischen Gesundheitsinstitutionen arbeiteten, schränkt die Repräsentativität ein. Die Stichprobengrösse scheint als angemessen, da es eine hohe Anzahl an Teilnehmenden für eine qualitative Studie ist. Begründet wurde die Stichprobengrösse jedoch nicht. Drop – outs werden nicht beschrieben, jedoch wurde beschrieben, dass die Ergebnisse durch die das Studiendesign (Querschnittstudie) und die Selbstselektion eine Limitation hinsichtlich der Generalisierbarkeit darstellt. Es gibt wenige Informationen zu Hintergrundinformationen der Settings und Teilnehmenden. Bereits erhobene charakteristische Daten, die in der Erststudie zwar erfasst wurden, werden in der Zweitstudie nicht mehr aufgezeigt. Eine Rückschluss ist nur mit der vorherigen Studie möglich. Das zu beforschende Phänomen wird von den Teilnehmenden erfahren.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung beruht auf menschlichem Erleben. Die Vorgehensweise der Datenerhebung wurde klar beschrieben. Die Datensättigung wurde nicht beschrieben. Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wurde beschrieben.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es gibt keine Informationen zum philosophischen Hintergrund der Forschungsarbeit. Jedoch lässt sich ableiten, dass die Studie zur Phänomenologie gehört und qualitativ – deskriptiv ist. Standpunkte der Forschenden kann in verschiedenen Teilen der Studie vermutet werden. Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie ist unklar. Der methodologische Ansatz erscheint logisch aus der Fragestellung.</p> <p>Datenanalyse: Das Vorgehen bei der Datenanalyse und analytischen Schritte werden nachvollziehbar beschrieben. Die Analysemethoden werden entsprechend referenziert. Die in der Datenanalyse generierten Sub-Themen passen zu den, in der Studie ersichtlichen Aussage der Teilnehmenden. Die Glaubwürdigkeit der Analyse wird beschrieben. Analytische Entscheidungen werden nicht dokumentiert, jedoch wird erwähnt, dass Zweitmeinungen zur Erstellung der Sub-Themen und die Einteilung der Aussagen eingeholt wurden. Somit wurden analytische Entscheidungen überprüft.</p> <p>Ethik: Ethische Fragen werden nicht offenbart in der Studie, die Studie wurde jedoch von der Ethikkommission genehmigt.</p>

Ergebnisse	Die Analyse und Einteilung der Aussagen erscheint präzise. Die in der Studie dargestellten Aussagen scheinen die Reichhaltigkeit der Daten zu reflektieren, jedoch werden nicht alle Aussagen dargestellt, deshalb ist es begrenzt nachvollziehbar, auf die Ergebnisse die Aussagen repräsentieren. So bleibt auch unklar, ob die Kategorien das Phänomen als Ganzes beleuchtet. Die Ergebnisse an sich sind präzise in der Bedeutung. Es ist unklar inwieweit/ob die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten übereinstimmen. Die Kategorien werden mit Schlagwörtern und Stichworten bzw. Zitaten illustriert/bestätigt. Die Kategorien sind inhaltlich unterscheidbar.
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Die Interpretationen leisten einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens. Eine Forschungsfrage wird nicht generiert, jedoch wird das Ziel der Studie mit den Ergebnissen erreicht. Ergebnisse werden mit empirischer Literatur zum Phänomen diskutiert. Die Ergebnisse geben wichtige Einsichten und Implikationen und sind für die Pflege bedeutend. Schlussfolgerung, Anwendung und Verwendung in die Pflegepraxis: Die Implikationen und Empfehlungen erscheinen realisierbar und nachvollziehbar. Die Schlussfolgerung spiegeln die Ergebnisse der Studie wider.

Güte/ Evidenzlage

Bestätigbarkeit: Die Analyse und Kategorisierung der Aussagen wurde unabhängig von einem qualitativen Wissenschaftler, sowie von drei Pflegefachfrauen erneut geprüft und bewertet. Keine Angaben zur Prüfung des Auditinhalts oder Auditprozess.

Zuverlässigkeit: Keine Informationen bezüglich der Reflexion von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Datenerhebung und –analyse.

Datenanalyse wird von qualitativem Wissenschaftler und drei Pflegefachfrauen unabhängig geprüft. Keine Angaben, ob die Ergebnisse durch jemandem ausserhalb des Forschungsteam geprüft wurden.

Glaubwürdigkeit: Triangulation wurde durch das mixed-Methods Design der Gesamtstudie gemacht, was jedoch für die Zweitstudie nicht relevant erscheint, da dort ausschliesslich nach einem qualitativen Design vorgegangen wird. Da die Ergebnisse auch anhand von Zitaten der Studienteilnehmenden dargestellt werden, wird die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht. Durch den Einbezug von anderen Forschungsergebnissen werden die Ergebnisse differenzierter dargestellt und deren Aussagekraft erhöht. Negativfälle und Gefahren werden benannt.

Übertragbarkeit: Die vorhandenen Zitate im Text wirken plausibel, deren Bezug zu den Ergebnissen und Empfehlungen ist nachvollziehbar. Die Ergebnisse und Aussagen der Studienteilnehmenden sowie die drei Hauptthemen aus den Aussagen können in weitere Forschung mitbeachtet/einbezogen werden.

Evidenzlevel Stufe 6

Zusammenfassung der Studie von Monks, R., Topping, A., Newell, R. (2013): The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study.

Einleitung	<p>Phänomen: Negative Ansichten von Pflegefachpersonen über Patienten mit illegalem Drogenkonsum und fehlendes Wissen über notwendige Vorkehrungen für eine drogenspezifische, kompetente Pflege.</p> <p>Einleitung: problemhafte Drogenkonsumenten (PDUs), definiert als substanzabhängige Personen, und aus der Substanzabhängigkeit resultierende schwere soziale und gesundheitliche Konsequenzen (UNODC, 2010). Bei Aufnahme in ein Akutspital auf eine medizinische Abteilung, werden PDUs von Pflegefachpersonen betreut. In Grossbritannien erhalten Pflegefachpersonen nur wenig Wissen über Drogen- und Abhängigkeitsspezifische Pflege in der Ausbildung (Heyes, 2002; Harling et. al 2006; Rassool & Salman; 2008). Viele Pflegefachpersonen besitzen wenig bis keine Kenntnisse, um eine kompetente Pflege gegenüber PDU im akuten Setting zu gewährleisten.</p> <p>Theoretischer Hintergrund: Hohe Bettbelegungen, kurze Aufenthaltszeiten und die vermehrten digitalisierten Anwendungen machen medizinische Akutabteilungen zu einem herausfordernden Arbeitsumfeld. Als Konsequenz daraus zeigt sich die Notwendigkeit der Prioritätensetzung bei der Arbeitseinteilung. PDUs werden oftmals verurteilt als problematisch, schwierig zu betreuen, fordernd und störend und somit eher einer tiefen Priorität eingeteilt (Boyle et al. 2010). Ihr Verhalten wird von den Pflegefachpersonen als «always seeking drugs» interpretiert, Symptome werden deshalb ignoriert und negativ eingeschätzt. PDUs werden als unfähig und widerwillig für eine gelungene Beziehungsgestaltung zum Gesundheitsfachpersonal (Chan et al. 2008) charakterisiert. Die Kombination von negativen Ansichten und begrenztem Wissen führt zu einer mangelnden Kompetenz von Pflegefachpersonen und resultiert in einer unzureichenden Betreuung von PDUs (Rassool & Rawaf 2008).</p> <p>Ziel: Untersuchen, wie Pflegefachpersonen Betreuung gewährleisten auf einer medizinischen Abteilung gegenüber Patienten, welche an Komplikationen des Drogenkonsums leiden. Eruierung der Erfahrungen und Ansichten, mit dem Ziel das komplexe Zusammenspiel zwischen Wissen und Ansichten und deren Einfluss auf die Betreuung zu verstehen.</p>
Methode	<p>Design: Grounded theory nach Strauss & Corbin (1998)</p> <p>Stichprobe: purposive sampling (gezielte Auswahl) für die Rekrutierung von registred nurses (Pflegefachpersonen) n=29. Während Datenerhebung wurden 3 Pflegefachpersonen zusätzlich rekrutiert, da sie bekannt waren für ihre positive Ansichten gegenüber PDUs. Convenience sampling (willkürliche Stichprobe) für die Rekrutierung der Drogenkonsumenten n=12, mittels einem Rekrutierungsplan.</p> <p>Datenerhebung: semi-structured Interview (mind. 25min bis max. 105min), transkribiert vor der Analyse. Interviews begannen mit einer offenen Frage (Beschreibung der Erfahrung über Betreuung von PDUs). Weiterführend wurde einen erstellten Interviewplan verwendet. Die Patienten wurden ebenfalls nach ihren Erfahrungen auf der medizinischen Abteilung gefragt. Es wurde kein Interviewplan verwendet. Als sich im Prozess mögliche Kategorien abzeichneten, wurden die Fragen fokussierter. Alle teilnehmenden Pflegefachpersonen waren in der Pflege der teilnehmenden Patienten direkt involviert.</p> <p>Datenanalyse: Transkripte und Feldnotizen wurden manuell und mithilfe von computerassistierter Software für qualitative Daten (QSR NVivo 1.3) analysiert. Verschiedene Kategorien wurden codiert, die Analyse wurde beendet, als sich keine neuen Erkenntnisse von den Interviews mehr ergaben. Als die Datensättigung erreicht wurde, wurde ein selektives Coding durchgeführt. Für die Qualitätssicherung der Daten wurden mehrere Schritte durchgeführt. Feldnotizen wurden regelmässig hinterfragt und Interview-transkripte wurden zur Überprüfung an die Pflegefachpersonen retourniert. Keine Möglichkeit für eine Retournierung bei den drogenkonsumierenden Teilnehmenden. Keine der studienteilnehmenden Pflegefachpersonen beantragte eine Änderung. Experten wurden hinzugezogen und ein Peerfeedback, für die Eruierung der Kongruenz der Ergebnisse, durchgeführt.</p> <p>Ethik: Die Genehmigung der Ethikkommission wurde eingeholt.</p>

Ergebnisse	<p>Stichprobencharakteristiken: Teilnehmende Pflegefachpersonen zwischen 21-58 Jahren, 24 weiblich und 5 männlich, praktische Erfahrung seit Qualifikation: 4 Monaten bis 37 Jahren. Alle waren diplomiertes Pflegefachpersonal mit der Ausrichtung Erwachsenenbetreuung. Bei allen teilnehmenden Patienten ist poly-Drogenkonsum in der Krankheitsgeschichte aufgeführt und sie gaben an, vor dem Spitalaufenthalt Heroin injiziert zu haben. Alle waren aufgrund akuten Komplikationen des Konsums stationär und erfüllten die Definition der «problem drug users» nach UNODC (2010, p.16.)</p> <p>Hauptkategorie: nicht harmonisierende Pflegebetreuung</p> <p>Unterkategorie (1) Fehlendes Wissen: Trotz den Aufforderungen bisheriger Literatur, Wissen über Drogen und Sucht ins Curriculum der Pflegeausbildung zu integrieren, hatte keine der teilnehmenden Pflegefachpersonen Wissen dazu vermittelt bekommen. Die Pflegefachpersonen berichteten über kompetentes Behandeln von physischen Komplikationen des Drogenkonsums, wie einer tiefen Venenthrombose oder einer Sepsis. Weniger sicher fühlten sie sich bei drogenspezifischen Problemen, wie der Behandlung von Entzugssymptomen. Diese Wissenslücke führte zu einer inadäquaten Betreuung, was von beiden Gruppierungen wahrgenommen wurde. Intolerantes Verhalten von Pflegefachpersonen führte bei den Patienten zu einer konfrontativen Kommunikation. Die teilnehmenden Patienten sahen die Wissenslücke als Gefahr für sie, aber auch als Möglichkeit für Ausnutzung. Es bot ihnen die Möglichkeit, die Methadondosierung erhöht zu bekommen und so ihre Entzugsserscheinungen zu managen. Umgekehrt wurden durch die Patienten negative Auswirkungen genannt, wenn Entzugsserscheinungen ungeachtet blieben. Das empfundene Risiko der unterlassenen Unterstützung bei Entzugsserscheinungen, der kalte Entzug, wurde als grössere Gefahr angesehen als die verspätet medizinische Intervention. Hartnäckiges Verhalten zur Sicherstellung der Medikation, da es zu erhöhtem Konfliktpotential mit den Pflegefachpersonen führte. Hartnäckigkeit und die fordernde Verhaltensweise der PDUs führte zu einer Verstärkung der negativen Ansichten des Pflegefachpersonals. Misstrauen und die Distanzierung gegenüber PDUs als Strategie für die Konfliktvermeidung. Die zunehmende Unzufriedenheit über die inadäquate Behandlung der Entzugssymptome führte zu einer eskalativen Situation mit unkontrollierten Aggressionen und wiederum einer Bestätigung der Ansicht von Pflegefachpersonen, dass PDU als störend und schwierig zu betreuen sind. Wenn die Strategien der PDU scheiterten, kam es zu einer frühzeitigen Entlassung gegen medizinischen Rat. Ein weiterer Aspekt des fehlenden Wissens, war mangelnde Wissen über die klinische Manifestation verschiedener Drogen und deren Auswirkungen. Ein weiteres Thema stellte die fehlende Beratungskompetenzen dar. Dies erneut aufgrund des fehlenden Wissens über Drogenabhängigkeit und die negativen Ansichten gegenüber den PDUs. Die meisten teilnehmenden Pflegefachpersonen besitzen negativen Ansichten und waren sich der Verbindung zwischen unzureichendem Wissen und sozialer Verurteilung bewusst. Sie erkannten auch die Inkongruenz zwischen ihren Ansichten und der Professionalität, welche eine Pflegefachperson besitzen sollte, wie bsp. den Menschen hinter dem Patienten sehen zu können. Diese Unstimmigkeit wurde gerechtfertigt mit dem fehlenden Wissen und der verstärkten Aussetzung gegenüber dieser Patientengruppe. Die teilnehmenden Pflegefachpersonen gaben Bereitschaft an, ihr Wissen zu verbessern und machten dazu Vorschläge, aber niemand fühlte sich persönlich dafür verantwortlich. Die Pflegefachpersonen reduzierten ihren emotionalen Distress, verursacht durch Unstimmigkeiten zwischen der Professionalität und der tatsächlichen Pflege, mit kognitiven Verhaltensstrategien.</p> <p>Unterkategorie (2) Misstrauen und Distanzierung: Interaktion mit PDUs waren emotional geladen und führten zu vermehrten Gefühlen von Misstrauen. Daraus resultierte wiederum ein Minimalisieren der Interaktion und eine abweisende Haltung. Teilnehmende Patienten nahmen dieses Verhalten wahr und ihr antagonistisches Verhalten nahm ebenfalls zu. Vermehrte Aggressionen und die «Nulltoleranz» des Systems gingen mit erhöhten Selbstentlassungen einher. Reduzierte Interaktionen führten zu einer verringerten Sensibilität auf die Bedürfnisse und Probleme der Patienten. Pflegefachpersonen nannten ebenfalls einen Widerwillen, um über drogeninduzierte Probleme zu sprechen, vor allem beim Durchführen von Eintrittsassessments. Psychosoziale Aspekte bei den Assessments wurden ausgelassen, obwohl diese bei den teilnehmenden Patienten oftmals im Vordergrund standen und durch Nicht-Beachtung oft zu einer Selbstentlassung führten. Der Widerwillen über drogenspezifische und psychosoziale Themen zu reden, wurde auch bei den teilnehmenden Patienten bemerkt.</p>
------------	--

	<p>Bei naiven Verhalten der Pflegefachperson stieg die Versuchung für Medikationsverhandlungen.</p> <p>Unterkategorie (3) emotionale Erschöpfung: Pflegefachpersonen berichteten von Angstgefühlen bei der Betreuung von PDUs, bedingt durch das unvorhersehbare Verhalten der Patienten. Sie fühlten sich oft mental erschöpft und machtlos bei Konfliktsituationen und Gewalt. Oftmals sahen sie sich als Auslöser, wenn das Verhalten des Patienten eskalierte.</p> <p>Menschen hinter dem Patienten sehen: Die Pflegefachpersonen (n=3), welche im Spital bekannt waren für ihren guten und toleranten Umgang mit PDUs, berichteten über Erfahrungen mit PDUs in ihrem persönlichen Umfeld. Dieses Verständnis erhöhte die Professionalität, da sie über eine Insider Perspektive verfügten. Auch die Patienten nahmen ihr Verhalten als empathisch, interessiert und positiv wahr. Die Patienten fühlten sich als Menschen und nicht vordergründig als PDU, die Interaktionen mit den Gesundheitsfachpersonen verliefen weniger konfliktbehaftet. Die Beziehung verlief harmonischer und kongruenter mit den Werten von «caring» und Gerechtigkeit in der Pflege. Persönliche Erfahrung zeigt sich somit als weiterer wichtiger Einfluss in den Interaktionen.</p>
Diskussion	<p>Diskussion: Die Kombination von Wissenslücken und negativen Ansichten zeigt sich als Barriere für eine effektive pflegerische Betreuung. Die Pflegefachpersonen funktionierten mit antizipatorischen Verhaltensweisen, erzeugt durch Angst vor Aggressionen und Gewaltereignissen. Konsequenz daraus ist die Dissonanz zu den Werten, welche mit professioneller Pflege verbunden sind. Beispielsweise kompetente Pflege und Beziehungen, basierend auf gegenseitigem Vertrauen.</p> <p>Diskutiert wird die Einteilung der Ausbildung nach Spezialisierung (Erwachsene, Kinder, und Psychiatrie) diskutiert. Durch die Spezialisierung fallen Themen, wie psychische Krankheiten (u.a. Abhängigkeitserkrankungen) nur in den Bereich der Psychiatrie.</p> <p>Pflegefachpersonen mit persönlichen Erfahrungen der Drogenproblematik im eigenen Umfeld, waren fähig, eine andere, personenzentrierte Pflegebeziehung Beziehung aufzubauen. Sie sahen den Menschen hinter dem Patienten und dies ermöglichte eine Haltung wie sie der Caring Ideologie entspricht. Grundannahme dieser Ideologie ist, den Patienten zu kennen. Die meisten Pflegefachpersonen in dieser Studie verbrachten wenig Zeit damit, den Patienten kennenzulernen, im Gegenteil, sie reduzierten die Interaktionen auf ein Minimum zur Konfliktvermeidung. Ihre Priorität galt den Patienten, mit erhöht ernstzunehmenden Krankheiten, wie Myokardinfarkt oder Schlaganfall.</p> <p>Pflegefachpersonen sind verpflichtet, ihre emotionalen Gefühle zu kontrollieren und bewegen sich in einem kleinen Rahmen von angebrachten Verhaltensweisen. Dies führt zu einem inneren Konflikt zwischen gefühlten Emotionen, welche professionell gesehen angebracht wären (Huy 1999). In dieser Studie gingen die meisten Pflegefachpersonen keine Emotionalität ein mit den PDUs, Distanzierung wurde bewusst gewählt. Die Patienten erkannten dies und zogen möglicherweise daraus die Konsequenz, sich nicht der erwartenden allgemeinen Patientenrolle zu fügen. Die Konsequenz der nicht harmonisierenden Pflege erfüllt nicht einmal ansatzweise die soziale Reziprozität (Molm et al. 1999). Auch den Pflegefachpersonen war die bewusste Konfliktminimierung durch Minimierung der Interaktionen als Form einer kognitiven Distanzierung, bewusst. Die Theorie der kognitiven Distanzierung (Festinger, L. 1957) bestätigt die Ansicht, wenn Verhalten und Ansichten nicht übereinstimmen, versucht das Individuum, den psychologischen Distress mittels kognitiven Verhaltenstaktiken zu reduzieren. Pflegefachpersonen könnten ihre Unzufriedenheit, welche aufgrund der nicht Übereinstimmung ihrer gewünschten Caringhaltung und emotionale Differenzen entsteht, mittels der Zuschreibung von «schwierigen Patienten» gegenüber PDUs, kompensiert haben. Dieses Verhalten erlaubt eine Verurteilung über den niedrigen sozialen Wert und der Eigenverschuldung ihres Zustands (Johnson, 2003). Die Distanzierung zeigt sich als keinen erfolgreichen Schutz gegenüber Angstgefühlen, aufgrund des entstehenden Misstrauen welches erzeugt wird durch Angst vor störendem Verhalten und Gewalt.</p> <p>Die Ergebnisse zeigen die fehlende Übereinstimmung zwischen Caring als Modell und des erlebten Carings der teilnehmenden Pflegefachpersonen und PDUs. Überdies führte es zu verschlechterten Outcomes bei den Patienten.</p>

	<p>Schlussfolgerung: Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Betreuung von PDU's oftmals verwirrend, chaotisch und störend wahrgenommen wird. Frühzeitige Medikationsanpassungen erlauben ein angebrachtes Entzugsmanagement, was eine stabile Grundlage bieten kann für einen Beziehungsaufbau mit einer personenzentrierten Herangehensweise. Die Komplexität der Betreuung, das Zusammenspiel von Wahrnehmungen, Ansichten und Verhalten, führte zur Distanzierung und Verstärkung des Misstrauens zwischen Pflegefachpersonen und Patienten. Edukation könnte die Pflegebetreuung von PDUs verbessern, dies kann über eine Integration des Themenbereichs in das Curriculum erreicht werden.</p> <p>Diese Empfehlungen haben möglicherweise einen positiven Einfluss auf Suchtassessments, das Management von Entzug und die emotionalen Aspekte der Betreuung von PDUS. Dies kann zum Effekt führen von weniger Konflikten, vermeiden von ungestütztem Entzug und Senkung der Selbstentlassungen von Patienten mit lebensbedrohlichen physischen Erkrankungen.</p> <p>Die Kombination von Wissenslücken der Pflegefachpersonen und negativen Ansichten gegenüber Substanzabhängigen zeigt sich als Barriere für eine professionelle pflegerische Betreuung. Die Komplexität der Betreuung, das Zusammenspiel von Wahrnehmungen und Verhalten führte zur Distanzierung und Verstärkung des Misstrauens zwischen den beiden Gruppierungen. Eine professionelle Handhabung des Entzugsmanagements erlaubt eine stabile Grundlage für eine positive Beziehungsgestaltung. Patienten nehmen Pflegefachpersonen mit Erfahrungen im persönlichen Umfeld mit Substanzabhängigkeit als spürbar empathischer und professioneller wahr. Sie werden vermehrt bei edukativen Massnahmen involviert und werden als Menschen angesehen. Diese positive Haltung der Pflegefachperson kann zu weniger Konflikten führen, das Entzugsmanagement optimieren und Selbstentlassungen vermindern.</p>
--	---

Würdigung der Studie von Monks, R., Topping, A., Newell, R. (2013): The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study.

Einleitung	Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege und die Beschreibung des Phänomens ist klar. Definitionen über Drogenabhängigkeiten fehlen und deren genauen Auswirkungen, dennoch wird das Thema gut mit vorhandener Literatur eingeführt. Die konkrete Forschungsfrage fehlt, lässt sich jedoch ableiten. Das Ziel der Forschungsarbeit wird explizit dargestellt.
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar, konkrete Überlegungen und Begründungen fehlen jedoch.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung ist klar beschrieben und begründet. Die Stichprobe ist bedingt repräsentativ für die Population, aufgrund des selektiven Vorgehens und den fehlenden demografischen Daten der Studienteilnehmenden Patienten. Das Setting ist reichhaltig beschrieben und die Teilnehmenden erleben das zu beforschende Phänomen. Fraglich ist, wie gross der Einfluss durch die direkte Involvierung der beiden Gruppierungen ist.</p> <p>Datenerhebung: Die Vorgehensweisen sind explizit dargestellt und klar beschrieben, fehlend ist, wer involviert ist bei der Datenerhebung und ob die Daten verblindet sind. Die Datensättigung und die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird diskutiert. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein.</p> <p>Datenanalyse: Das Vorgehen der Datenanalyse ist nachvollziehbar beschrieben und glaubwürdig. Die Glaubwürdigkeit wurde durch mehrere Überprüfungen (retournieren an Pflegefachpersonen, Peerfeedback, Feldnotizen) sichergestellt. Warum die Retournierung an die teilnehmenden Drogenkonsumenten nicht möglich war, wird nicht beschrieben. Weitere analytische Entscheidungen sind dokumentiert, Überprüfung nicht möglich.</p> <p>Ethik: Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden fehlend, relevante ethische Fragen wurden nicht diskutiert.</p>

Ergebnisse	Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und sind im Kontext verankert. Es wurden verschiedene Kategorien gebildet und die jeweiligen Zusammenhänge erläutert. Es wird eine Tabelle dargestellt, welche mögliche Vorschläge für eine Verbesserung des Wissens von den teilnehmenden Pflegefachpersonen aufgeführt. Die Kategorien beleuchten das Phänomen als Ganzes und sind inhaltlich unterscheidbar. Modelle fehlen für eine plausible Interpretation der Daten, stattdessen wurde weitere Literatur hinzugezogen für die Unterstreichung der Ergebnisse. Die Stichprobencharakterisierung befindet sich im Ergebnissteil, die Gruppe der Pflegefachpersonen zeigt sich als sehr heterogen. Auf die Unterschiede wurde kein Bezug genommen. Ebenfalls blieb der Effekt von Misstrauen und Distanzierung bei den Pflegefachpersonen als ungefragt. Bei den teilnehmenden Patienten fehlen jegliche demografische Daten.
Diskussion	Die Interpretationen der Studie leisten einen guten Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens. Die Forschungsfrage der Studie wird beantwortet und ausführlich begründet. Zudem werden die Ergebnisse in Bezug auf empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert. Die Ergebnisse werden oftmals in Bezug mit dem Caringmodell gesetzt, es fehlen jedoch literaturbasierte Definitionen und Ausführungen dazu. Die Ergebnisse für die Pflege sind relevant. Die Schlussfolgerung und Implikationen sind nachvollziehbar und bieten Anregungen für die Umsetzung in der Praxis. Empfehlungen für den Umgang mit dem emotionalen Distress der Pflegefachpersonen sind zu wenig ausführlich. Es wird an weitergehende Forschung appelliert, die Notwendigkeit von Beobachtung bei einer weiterführenden Studie wird aufgeführt.

Güte/ Evidenzlage

Glaubwürdigkeit: Glaubwürdigkeit durch Hinterlegung der Ergebnisse gesichert, jedoch Einschränkung der Glaubwürdigkeit aufgrund fehlender Retournierung der Ergebnisse an teilnehmende Patienten. Glaubwürdigkeit wurde mehrmals durch externe Fachpersonen geprüft. Einfluss der direkten Involvierung beider Gruppen nicht beschrieben, Vorverständnis der Autoren fehlt.

Übertragbarkeit: demografische Daten ausführlich beschrieben, Übertragbarkeit gegeben. Übertragbarkeit auf Zielpopulation nur bedingt möglich da sich die Stichprobenauswahl auf eine Abteilung beschränkt.

Zuverlässigkeit: analytische Entscheidungen wurden dokumentiert, Miteinbezug von Pflegefachpersonen mit bekannter positiver Haltung

Bestätigbarkeit: Bestätigbarkeit gesichert aufgrund mehrfacher Überprüfung von externen Fachpersonen und dem Führen von Feldnotizen

Evidenzlevel: Stufe 6

Zusammenfassung der Studie von Nilsen, S., Stone, W., Burleson, S. (2013): Identifying medical-surgical staff perceptions of the Drug-Abusing Patient.

Einleitung	<p>Phänomen: Negative, stereotypisierte und moralisierte Ansichten von Pflegefachpersonen gegenüber substanzabhängigen Patienten. Voreingenommenheit kann die Qualität der Betreuung negativ beeinflussen. Das therapeutische Commitment von Pflegefachpersonen setzt eine adäquate Wissensbasis, professionelle Unterstützung und Verantwortung gegenüber dem Patienten voraus.</p> <p>Einleitung: Substanzabhängigkeit als zunehmende chronische Erkrankung, mit Beginn im jungen Erwachsenenalter und fortschreitend in der gesamten Lebensspanne. Lebenserwartung bei Substanzabhängigkeit ist um 22.5 Jahre tiefer, als bei Personen ohne Drogenkonsum (Scott et al. 2011). Gesundheitsinstitutionen müssen mit einer Zunahme an Aufenthalten rechnen, aufgrund der älter werdenden Population. Hohes Alter und Substanzabhängigkeit verschlimmern weitere chronische Erkrankungen und führen zu erhöhter Mortalität (Johnson & Sung, 2009). Das Krankheitsbild und weitere psychische Komorbiditäten ist klinisch komplex und verbunden mit tieferer Arbeitsunzufriedenheit und tieferem therapeutischem Commitment der Pflegefachpersonen (Howard & Holmshaw, 2010). Limitierte Studien vorhanden über Ansichten von Pflegefachpersonen ohne psychiatrischen Hintergrund gegenüber substanzabhängigen Patienten. Pflegefachpersonen im Akutbereich haben oftmals die erste Begegnung mit abhängigkeitserkrankten Patienten. Eine positive erste Pflege-Patient-Interaktion ist ein wichtiger Teil für eine erfolgreiche Therapie und Senkung des Mortalitätsrisikos (Scott et al., 2011). In bisherigen Studien wird die Unsicherheit von Pflegefachpersonen gegenüber Entzugsmanagement beschrieben (Harling et al., 2006; Tran et al., 2009). Diese Wissenslücke, kombiniert mit tiefem therapeutischem Commitment, kann zu schlechteren Outcomes bei Patienten, und geringeren Chancen der Aufrechterhaltung einer Behandlung führen.</p> <p>Ziel: Analysieren des therapeutischen Commitments, Identifizieren von Wissenslücken und Verfügbarkeit einer multidisziplinären Unterstützung. Studie richtet sich an klinische Fachexpertinnen, um Wissen, Unterstützung und Förderung an Pflegefachpersonen weiterzugeben. Das Ziel ist: Mittels eines Fragebogens das therapeutische Commitment von medizinischen- chirurgischen Pflegefachpersonen zu eruieren.</p> <p>Theoretischer Hintergrund: Theorie der interpersonalen Beziehung in der Pflege nach Peplau (1997). Sie beschreibt die interpersonale Beziehung als einen psychodynamischen Vorgang, welcher bei der Ermittlung der eigenen Haltung beginnt und zum Verstehen von Schwierigkeiten von Patienten weiterführt. Reflektierte Verhaltensweisen und Bewusstsein über ausstrahlende nonverbale Signale von grosser Wichtigkeit, um negative Voreingenommenheiten zu vermeiden und Einfluss auf die Qualität der Beziehung zu nehmen.</p>
Methode	<p>Design: quantitative Studie mittels Fragebogen, Design wird nicht begründet</p> <p>Stichprobe: Pflegefachpersonen ohne psychiatrischen Hintergrund als Population, willkürliche Stichprobe, bestehend aus 135 medizinischen, chirurgischen und onkologischen Pflegefachpersonen, welche im direkten Patientenkontakt stehen und im «Naval medical center San Diego» in den USA arbeiten. Teilnahme war freiwillig, die Fragebogen wurden persönlich oder in Gruppen vorgestellt, es wurden nur komplette Fragebogen in Studie einbezogen (n=70)</p> <p>Datenerhebung: Verwendung des Drugs and Drug Problems Perceptions Questionnaire (DDPPQ) von Watson et al., 2006. Ein Messinstrument für die Erhebung von Haltung und therapeutisches Commitment bei der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten. Fünf Untergruppen: Arbeitszufriedenheit, Rollenspezifisches Selbstwertgefühl/Motivation, Rollentauglichkeit, Verantwortungsbewusstsein und erhaltene Unterstützung in der Rolle als Pflegefachperson. Erhebung mittels Likert-Skala, Anwendung nach Empfehlung des Autors des Tools. Tiefere Punktzahlen weisen auf eine positive Haltung und ein erhöhtes therapeutischen Commitment hin. Fragebogen wurden anonymisiert, erhoben wurden die Daten von Pflegefachpersonen aus den jeweiligen Gebieten.</p> <p>Messverfahren: Festlegung des Cronbach's alpha für das ganze Instrument und die jeweiligen fünf Untergruppen.</p>

	<p>Datenanalyse: Für die Erhebung der Ergebnisse des DDPPQ wurde der Mittelwert und die Standardabweichung erhoben für die Gesamtpunktzahl und die Punktzahl der jeweiligen Untergruppen. Cronbach's Alpha wurde berechnet für den gesamten Fragebogen und die Untergruppe, Festlegung der Signifikanz fehlt. Resttest Reliabilität wurde durchgeführt.</p> <p>Ethik: Genehmigung wurde eingeholt, ethische Fragen werden nicht diskutiert.</p>
Ergebnisse	<p>Mittelwert des ganzen Fragebogens: 59 (mögliche Punktzahl zwischen 20 und 140). Höchstes therapeutisches Commitment zeigt sich beim Verantwortungsbewusstsein, bedingt durch Verpflichtung der Anamneseerhebung und Beratungsfunktion. Unterstützung in der Rolle als Pflegefachperson an zweiter Position und darauffolgend die Rollentauglichkeit. Damit ist das vorhandene professionelle Wissen über die kompetente Behandlung von Abhängigkeitserkrankten gemeint. Das rollenspezifische Selbstwertgefühl und die Arbeitszufriedenheit zeigen sich als ehester Faktor für negative Ansichten und niedriges therapeutisches Commitment. Signifikante demografische Unterschiede haben sich keine ergeben. Die zentralen Ergebnisse bestätigen die Theorie von Peplau. Pflegefachpersonen müssen sich über voreingenommene Ansichten bewusst sein, da es sonst zur negativen Beeinflussung der Behandlung gegenüber Abhängigkeitserkrankten führt.</p>
Diskussion	<p>Nur mangelhafte Literatur, um die Ergebnisse mit derselben Population in Vergleich zu setzen. Vergleich mit einer Studie, welche psychiatrische Pflegefachpersonen untersuchte, zeigte einen höheren Mittelwert des DDPPQ Fragebogens (Howard & Holmshaw, 2010). Dies illustriert, dass Pflegefachpersonen ohne psychiatrische Ausrichtung ein höheres therapeutisches Commitment und eine eher positive Haltung besitzen. Eine weitere Studie, welche abhängigkeitsspezialisierte Berater befragte, erzielte dieselben Resultate bei der Gewichtung der Untergruppen (Rodgers-Bonaccorsy, 2010). Beide Studien zeigen die Wichtigkeit des Verantwortungsbewusstseins und der Unterstützung in der Rolle als Pflegefachperson, in Bezug auf therapeutisches Commitment und positive Ansichten. Die in dieser Studie aufgezeigte niedrige Arbeitszufriedenheit, bestätigt sich in der Studie von Rodgers-Bonaccorsy (2010). Es besteht keinen Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und therapeutischem Commitment. Dies wurde auch in weiteren Studien festgehalten (Howard & Holmshaw, 2010; Rodgers-Bonaccorsy, 2010; Ford et al., 2008). Längere Berufserfahrung korreliert somit nicht mit vermehrtem Wissen oder erhöhtem therapeutischen Commitment, sondern die erhaltene Bildung und klinikinterne Beratung zeigen sich als essentiell für eine qualitative kompetente Pflege (Ford et al., 2008; Howard & Holmshaw, 2010). Bildung alleine ist nicht ausreichend, Kombination von Standards, Supervision und Förderung ist notwendig für das Erreichen einer positiven Haltung (Albery et al., 2003; Ford et al., 2009). Diese Studie zeigt, dass sich Pflegefachpersonen in dieser Gesundheitsinstitution unterstützt fühlten in der Betreuung von Abhängigkeitserkrankten. Es werden evidenzbasierte, symptomorientierte Assessmentinstrumente für die Erhebung des Entzugsrisikos verwendet und es liegt in der Autonomie der Pflegefachpersonen, proaktiv weitere Assessments durchzuführen und bei Bedarf Unterstützung eines multidisziplinären Behandlungsteams einzuholen. Des Weiteren werden die Pflegefachpersonen unterstützt durch abhängigkeitsspezialisierte Sozialarbeiter und zwei Suchtrehabilitationszentren. Für neue Mitarbeiter wird regelmässig ein vierstündiger Input über Alkohol- und Drogenkonsum durchgeführt, um den Wissenslücken zu begegnen. Weiter fand eine Peergruppen-Diskussion statt, um die multidisziplinären Gegebenheiten zu verbessern und einen Leitfaden zu entwickeln, für die ablehnende Haltung der Abhängigkeitserkrankungen, Medikationsempfehlungen und den Umgang mit komorbiden psychiatrischen Diagnosen. Weiter wurde nach den Empfehlungen von Haber et al. (2009) ein Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung angewendet. Dabei werden Pflegefachpersonen bestärkt, den Patienten Beistand leisten und die Zusammenarbeit aller Gesundheitsfachpersonen sicherzustellen. Der DDPPQ Fragebogen erwies sich als nützlich, zur Ermittlung der eigenen Haltung, um so Voreingenommenheit gegenüber der Betreuung von Patienten zu vermeiden. Dies bestätigt sich in der Theorie von Peplau (1997). Weitere Forschung notwendig in diesem Bereich. Weiterführend wird empfohlen, den DDPPQ Fragebogen zusammen mit einer qualitativen Forschung durchzuführen, für die vertiefte Einsicht in persönliche Ansichten und Haltungen. Die Studie zeigt, dass sich «generalistisch» ausgebildete Pflegefachpersonen professionell verpflichtet und unterstützt fühlen bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten. Und zeigt des Weiteren die Notwendigkeit der Rolle der Fachexpertin für die Bereitstellung von Assessmentinstrumenten und Förderung von Bildung.</p>

Würdigung der Studie von Nilsen, S., Stone, W., Burleson, S. (2013): Identifying medical-surgical staff perceptions of the Drug-Abusing Patient.

Einleitung	Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege und die Beschreibung des Phänomens ist klar. Das Ziel der Forschungsarbeit ist explizit vorgestellt, es wird auch erwähnt, an wen sich die Studie richtet (klinische Fachexpertinnen). Die Forschungsfrage wird nicht explizit erläutert und ist ungenau, sie lässt sich anhand der genannten Ziele der Arbeit bedingt ableiten. Das Thema wird mit vorhandener empirischer Literatur eingeführt. Definition des therapeutischen Commitments nur sehr kurz aufgeführt.
Methode	<p>Design: Verbindung Forschungsfrage und Design bedingt nachvollziehbar, da es die Empirie betrifft.</p> <p>Stichprobe: Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation, Stichprobengrösse eher klein und nicht begründet, Drop Outs (nicht kompletter Fragebogen ausgefüllt) werden angegeben und begründet.</p> <p>Datenerhebung: Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich, ausser die Instruktion über den Fragebogen. Alle Daten sind komplett. Erhebung findet nur in einem Spital statt und deswegen sind Ergebnisse nur bedingt übertragbar.</p> <p>Messverfahren: DDPPQ ist ein zuverlässiges und valides Messinstrument, Auswahl wird kurz begründet. Mögliche Einflüsse auf die Intervention sind nicht erwähnt und könnte es durchaus gegeben haben (z.B Einfluss der Likert-Skala).</p> <p>Datenanalyse: Das Verfahren der Datenanalyse wird mangelhaft beschrieben, die statistischen Verfahren werden sinnvoll angewendet und entsprechen den Datenniveaus. Die Höhe des Signifikanzniveaus wird nicht festgelegt.</p> <p>Ethik: keine ethischen Fragen diskutiert, Beziehung zwischen Datenerhebenden und Teilnehmenden unklar.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse werden sehr kurz aufgeführt und im Text unausführlich erläutert. Es wurde eine übersichtliche Tabelle verwendet, bei welcher die Untergruppen im Vergleich zueinander stehen.</p> <p>Demografische Daten wurden zwar erhoben, sind jedoch nicht aussagekräftig aufgrund fehlender klarer Angaben. Die zentralen Ergebnissen in Bezug mit den demografischen Daten sind nicht ersichtlich, es wird erläutert, dass es keine signifikanten Zusammenhänge gibt. Es wird an weiterführende Forschung appelliert, da Ergebnisse dieser Studie nur sehr oberflächlich interpretiert werden können.</p>
Diskussion	Es werden alle Resultate diskutiert und die Interpretation stimmt grösstenteils mit den Resultaten überein. Es werden Vergleiche zu anderen Studien beschrieben, welche teilweise schwierig nachvollziehbar sind und nicht unbedingt vergleichswürdig. Die Resultate werden in Bezug auf die Fragestellung diskutiert, aber nicht sehr ausführlich. Auch das Konzept nach Peplau wird nur kurz erwähnt. Der Praxisbezug wird ausführlich beschrieben und die Umsetzungen in der Gesundheitsinstitution benannt.

Güte/Evidenzlage

Objektivität: Stichprobenauswahl nur in einem Akutspital, Einschränkung der Objektivität/Repräsentativität. Verzerrungen aufgrund von Unterschieden in der Datenerhebung wegen unterschiedlicher Instruktion des Fragebogens.

Reliabilität: Retest Reliabilität durchgeführt für die Sicherung der Stabilität.

Validität: Reliabilität und Validität des Messinstrumentes DDPPQ ist gegeben. Einflüsse auf Datenanalyse wurden nicht erwähnt, Einschränkung in der internen Validität der Studie. Externe Validität bedingt gegeben aufgrund Untersuchung phänomenologischer Fragestellung mittels eines Fragebogens.

Evidenzlevel: Stufe 6

Zusammenfassung der Studie von Chu, C. & Galang, A. (2013): Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use.

Einleitung	<p>Phänomen: Patienten mit Drogenkonsum in ihrer Krankheitsgeschichte benötigen komplexe Pflege und geht oft mit Komorbiditäten und einer erhöhten Aufenthaltsdauer einher (Fischer et al., 2005).</p> <p>Die Studie untersucht den Einfluss einer negativen Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber Patienten, bei welchen illegaler Drogenkonsum in der Krankheitsgeschichte vorkommt.</p> <p>Hypothese: Das Verständnis über die Haltung von Pflegefachpersonen gibt Hinweise über die Qualität der Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen und über die Qualität der Pflege, zusammen mit Aspekten welche die Rolle der Pflegefachpersonen verbessern könnte.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Haltung von Gesundheitsfachpersonen gegenüber Patienten mit Drogenkonsum zeigt sich als wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft, sich mit solchen Patienten auseinanderzusetzen (van Boekel et al., 2013).</p> <p>Vorgängige Studien haben ergeben, dass Gesundheitsfachpersonen eine negative Sichtweise gegenüber Patienten mit illegalem Drogenkonsum besitzen (Happel & Taylor, 2001). Des Weiteren weisen Pflegefachpersonen eine erhöhte negative Haltung auf, als andere Gesundheitsfachpersonen (Howard & Chung, 2000). Negative Haltungen beeinflussen die therapeutische Beziehung signifikant, dies zeigt sich bei negativen Einflüssen auf die Qualität der Behandlung (Kelleher, 2007). Beispielsweise ist ein ungenügendes Schmerzmanagement verbunden mit mangelndem Wissen und negativen Haltungen der Pflegefachpersonen gegenüber Patienten mit illegalem Drogenkonsum (Porteneoy et al., 1997). Im Gegenzug führen positive Begegnungen zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patienten mit illegalem Drogenkonsum zu einer erhöhten Motivation der Weiterführung der empfohlenen Therapie. Termine werden vermehrt wahrgenommen (Gorman & Morris, 1991). Stigmatisierende Haltungen der Gesundheitsfachpersonen sind negativ verbunden mit dem Empowerment der Patienten mit illegalem Drogenkonsum (van Boekel et al., 2013) und beeinflussen die Therapieergebnisse (Brener, et al. 2010). Die therapeutische Haltung wurde definiert nach Cartwright's (1980): Vielschichtige und durch viele Einflüsse geprägte therapeutische Haltung gegenüber dem Patienten (demografische Einflüsse, Motivation, professionelles Selbstwertgefühl) und Rollenverwirklichung (Verantwortungsbewusstsein, Rollentauglichkeit).</p> <p>Ziel: Identifikation solcher existierenden Haltungen für die Eruerung des Handlungsbedarfs in der Praxis, Bildung und Forschung.</p>
Methode	<p>Design: Prospektive Querschnittsstudie, quantitatives Design</p> <p>Stichprobe: Pflegefachpersonen (n=102) einer medizinischen Abteilung in einem Universitätsspital in Toronto, Kanada wurden eingeladen, den Fragebogen auszufüllen.</p> <p>Datenerhebung: Die Instruktion zum Fragebogen war schriftlich auf der Studienteilnahme aufgeführt. Ebenfalls wurden verschieden demografische Daten erhoben.</p> <p>Messverfahren: Für die Einschätzung der Haltung wurde der Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire (DDPPQ) (Watson, Maclaren & Kerr., 2007) verwendet. Bewährtes Instrument für die Erhebung der therapeutischen Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber Drogenkonsumenten. Der Fragebogen ist aufgeteilt in fünf Bereiche (Arbeitszufriedenheit, Rollenspezifisches Selbstwertgefühl/Motivation, Rollentauglichkeit, Verantwortungsbewusstsein, erhaltene Unterstützung in der Rolle als Pflegefachperson) Die verschiedenen Bereiche wurden mittels einer Likert Skala von eins bis sieben untersucht.</p> <p>Datenanalyse: Für die Übereinstimmung der Beurteilung der Daten wurde ein Inter-Rater Reliabilitätstest durchgeführt. Für die Erhebung der Ergebnisse des DDPPQ wurde der Mittelwert und die Standardabweichung erhoben für die Gesamtpunktzahl und die Punktzahl der jeweiligen Untergruppen (ordinale Daten). Um den Zusammenhang zwischen demografischen Charakteristiken und Daten des DDPPQ zu erfassen, wurde ein chi-square Test und eine Regressionsanalyse durchgeführt. Statistische Signifikanz wurde bei $p < 0.5$ festgelegt.</p> <p>Ethik: Genehmigung wurde eingeholt, nur der Forschende hatte Zugang zu den Daten.</p>

Ergebnisse	<p>Von möglichen Teilnehmenden (n=102), nahmen (n=73) an der Studie teil (n=59 demografische Daten komplett ausgefüllt, n=44 kompletter DDPPQ). Aus den demografischen Daten resultierte; hoher Frauenanteil (53/59), tiefes Durchschnittsalter (34.8 Jahre). Mittelwert des DDPPQ liegt bei 62.6 von möglichen 140 (SD 15.6). Daraus resultiert eine neutrale Haltung der Pflegefachpersonen. Zudem zeigen keine demografischen Angaben eine Korrelation mit den Ergebnissen aus dem DDPPQ auf. Aus den verschiedenen Bereichen zeigen sich die Motivation und Unterstützung in der Rolle als Pflegefachperson als erhöht, daraus resultiert ein negativer Einfluss.</p>
Diskussion	<p>Konträr zur bereits bekannten Literatur zeigte sich in dieser Studie eine neutrale Haltung der Pflegefachpersonen. Dies könnte ein Zusammenhang haben mit der Geschichte des Spitals, welches bekannt ist für seine akademische Prägung und die Bereitschaft, Pflege an randständigen Menschen zu leisten. Dies könnte mehrere Pflegefachpersonen angezogen haben, welche dieselben Werte besitzen (O'Reilly, Chatman & Caldwell 1991). Zudem sind die Pflegefachpersonen dieser Abteilung ständig Patienten mit illegalem Drogenkonsum ausgesetzt, was ihr Zufriedenheitslevel und Empathie erhöht haben könnte. Die auffallenden Werte bzgl. erhaltener Unterstützung in der Rolle als Pflegefachperson in Umgang mit der beschriebenen Population ist ein bekanntes Phänomen in der Literatur. Es liegt an den Institutionen um allenfalls Wissenslücken proaktiv anzugehen und Weiterbildungen anzubieten, um so falschen Annahmen, Stigmatisierung und negativen Haltungen entgegenzuwirken (Kelleher & Cotter, 2009). Zudem wird empfohlen, standardisierte Leitfäden einzuführen für die Einschätzung, Management und Behandlung für Patienten mit illegalem Drogenkonsum, zum Nutzen für beide Parteien (Kelleher & Cotter, 2009). Weitere Interventionsempfehlungen führen zu weniger kommunikativen Missverständnissen, welche die Wichtigkeit von einer gerechten, unvoreingenommenen und professionellen Pflege gegenüber Patienten mit illegalem Drogenkonsum hervorhebt. Weitere Forschungsarbeit wird empfohlen und neue Variablen, wie die Einbindung von interdisziplinären Experten sollen dazu gezogen werden.</p>

Würdigung der Studie von Chu, C. & Galang, A. (2013): Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use.

Einleitung	Wichtige Frage der BA Fragestellung wird beantwortet. Hypothese und Forschungsfrage kann aus dem Text herausgelesen werden sind aber nicht klar ersichtlich. Das Thema wird anhand empirischer Literatur logisch dargestellt.
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar.</p> <p>Stichprobe: Stichprobe ist nur bedingt repräsentativ für Zielpopulation, da nur eine Abteilung in Studie miteinbezogen wird. Drop-Outs sind nicht klar beschrieben.</p> <p>Datenerhebung: Methode der Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich, Daten sind zum Teil aus unbekannten Gründen nicht komplett dargestellt.</p> <p>Messverfahren: DDPPQ als bewährtes valides und reliables Instrument, aber auf psychiatrische Gesundheitsfachpersonen ausgerichtet. Auswahl des Messinstrumentes wird kurz begründet, mögliche Einflüsse sind nicht erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Das Verfahren der Datenanalyse wird klar beschrieben und die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet und entsprechen den Datenniveaus. Die Höhe des Signifikanzniveaus ist nachvollziehbar und begründet.</p> <p>Ethik: Genehmigung wurde eingeholt, nur der Forschende hatte Zugang zu den Daten. Beziehung zwischen Teilnehmenden und Forschenden unklar.</p>
Ergebnisse	<p>Es werden keine Tabellen/Grafiken verwendet.</p> <p>Ergebnisse werden sehr unpräzise dargestellt, es fehlen Grafiken mit den analysierten Daten und den genauen Teilnehmerzahlen. Im Text wird nur der Mittelwert und Standardabweichung der Gesamtpunktzahl erwähnt, konkrete Daten zu den Untergruppen fehlen. Ausprägungen der Untergruppen sind zwar beschrieben aber nicht mit Daten unterlegt. Untergruppen mit positiven Einfluss werden nicht benannt.</p>
Diskussion	Die Resultate werden diskutiert, sind jedoch mit Vorsicht zu genießen, aufgrund der mangelhaften Datenbekanntgabe. Die Resultate werden in Bezug mit der Fragestellung gesetzt und mit anderen Studien verglichen. Alternative Erklärungen werden erwähnt, die genannten Bedingungen sind in der Praxis umsetzbar.

Güte/Evidenzlage

Objektivität: Stichprobenauswahl nur in einem Akutspital, Einschränkung der Objektivität/Repräsentativität. Standardisiertes Vorgehen der Datenerhebung.

Reliabilität: Retest Reliabilität wurde durchgeführt für die Sicherung der Stabilität.

Validität: Reliabilität und Validität des Messinstrumentes DDPPQ ist gegeben. Einflüsse auf Datenanalyse wurden nicht erwähnt und die detaillierte Darstellung zur Auswertung des Fragebogens fehlt, Einschränkung in der internen Validität der Studie. Externe Validität bedingt gegeben, aufgrund der Untersuchung einer phänomenologischer Fragestellung mittels eines quantitativen Fragebogens.

Evidenzlevel: Stufe 6

Zusammenfassung der Studie von Neville, K., Roan, N. (2014): Challenges in Nursing Practice Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence.

Einleitung	<p>Problembeschreibung/Phänomen: Die steigende Inzidenz von Substanzabhängigkeiten und nicht–diagnostizierten Substanzabhängigkeiten stellt eine Herausforderung für die Pflegepraxis dar.</p> <p>Theoretischer Hintergrund: In der Studie von Lovi & Barr (2009) wurden Erfahrungen von Pflegefachpersonen auf einer Station für Substanzabhängigkeitserkrankungen untersucht, wo vier Themen vordergründig waren; unrechtmässiges Verurteilen, Befürwortung, Bedarf an erweiterter Bildung. Eine wichtige Erkenntnis dabei war, dass trotz der alltäglichen Arbeit mit substanzabhängigen Personen deren Stigmatisierung bestehen blieb. Gleichzeitig erkannten die Pflegefachpersonen ihre Rolle als Fürsprecher der Patienten an, ebenso die Aufgabe von effektiven pflegerischen Interventionen, die Bewahrung der Privatsphäre und Patientensicherheit. Die Pflegefachpersonen waren enttäuscht über ihre Wissenslücke in Bezug auf den Umgang mit substanzabhängigen Personen.</p> <p>Ford et al (2008) führten eine Studie durch, in welcher sie die therapeutische Haltung von Pflegefachpersonen, die mit substanzabhängigen Patienten arbeiteten und effektive Strategien für Pflegekräfte untersuchten. Auch hier berichteten die Pflegefachpersonen über eine mangelnde Bildung bezüglich Substanzen und –abhängigkeiten. Weiter wurde festgestellt, dass die Charakteristiken der Pflegefachpersonen nicht mit deren therapeutischer Haltung assoziiert seien. Es wurde eine Korrelation bezüglich der Einstellung gegenüber illegalen Substanzen und ihrer therapeutischen Haltung festgestellt, welche jedoch keine Signifikanz aufzeigt. Die therapeutische Haltung wurde definiert, als die Absicht der Pflegefachpersonen, sich mit dem Patienten oder der Patientin zu beschäftigen. Die therapeutische Haltung war bei einer Mehrheit erklärt durch deren Rollenanforderungen und Faktoren am Arbeitsplatz.</p> <p>Forschungsfrage/ Ziel: Untersuchung der Einstellung der Pflegefachpersonen gegenüber den medizinisch – chirurgischen hospitalisierten Patienten mit einem komorbiden Substanzabusus oder -abhängigkeit.</p>
Methode	<p>Design: Qualitatives Studiendesign, subjektive Daten von einer deskriptiven, nicht-experimentiellen Untersuchung.</p> <p>Population: Pflegefachpersonen, welche in einem öffentlichem Krankenhaus in den USA arbeiteten. Beschäftigt auf verschiedenen Stationen (medizinisch-chirurgische Station, neurologische-orthopädische Station, onkologische Station).</p> <p>Stichprobe: Willkürliche Stichprobe, 24 Pflegefachpersonen von verschiedenen Abteilungen (medizinisch-chirurgische Station, neurologische-orthopädische Station, onkologische Station). Charakterisierungen der Teilnehmenden: Geschlecht: 96% weiblich. Bildung: Bakkalaureat-Abschluss (83%), akademischer Abschluss oder Pflegediplom (17%). Ethnische Zugehörigkeit: weiss (n=17), asiatisch (n=5), amerikanisch-indischer + alaskischer Abstammung (n=2). Alter: 20-40 Jahre (n=10), 41-50 (n=6), 51-55 Jahre (n=8). Berufserfahrung: 11- 30 Jahre (n=18), 6-10 Jahre (n=3), <5 Jahre (n=3).</p> <p>Datenerhebung: Zwei offene Fragen darüber, wie Pflegefachpersonen die Arbeit mit Patienten, welche eine komorbide Substanzmissbrauch/-abhängigkeit vorzeigten, wahrnehmen. 1. Frage: Was sind ihre Gedanken und Gefühle über die Arbeit mit substanzabhängigen Patienten /Patienten mit Substanzmissbrauch, welche Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit zeigen? 2. Frage: Wie beeinflussen Patienten mit einer Substanzabhängigkeit/-missbrauch ihre pflegerische Versorgung?</p> <p>Vorgehensweise Datenerhebung: Während eines Teammeetings wurde die Studie durch den Co-Projektleitenden den Pflegefachpersonen vorgestellt. Das Ziel und die Natur, Freiwilligkeit, Vertraulichkeit der Daten, Recht des Rückzugs, (Zeit)aufwand wurden ihnen präsentiert. Anschliessend konnten sie den Fragebogen in einem separaten Raum ausfüllen. Es wurden 24 Fragebogen retourniert. Im Rahmen der Vertraulichkeit wurden keine Namen erhoben und nur der Projektleiter hatte Zugang zu den Daten.</p> <p>Häufigkeit der Datenerhebung: 1 mal</p>

	<p>Datenanalyse: Es wurde eine konstante, vergleichende Analyse durch Codierung von Kategorien durchgeführt, zur Erzeugung gemeinsamer Muster/ Themen. Um die Kreditibilität der entwickelten Themen zu sichern, wurden die Aussagen der Studienteilnehmenden Fachexperten in Recherche und Methodologie vorgelegt, welche dann einen Konsens in den Aussagen und interpretierten Mustern fanden.</p> <p>Ethik: Die Untersuchung wurde von den Ethikkommissionen der Universität und des Krankenhauses, in welchem die Untersuchung stattfand, genehmigt.</p>
Ergebnisse	<p>Ergebnisse 1. Frage</p> <p>(1) Fürsorgepflicht: Dieses Thema wurde identifiziert, als die Erbringung von pflegerischer Leistung unter Verwendung von Fürsprache, Mitgefühl und dem Verständnis für Gerechtigkeit in der Pflege, ohne Rücksicht auf die Art der gesundheitlichen Problematik.</p> <p>(2) Negative Sichtweise bezüglich der Pflege von substanzabhängigen Patienten: Zu diesem Thema gehörten Aussagen, welche Intoleranz, Wut, Mehraufwand in der Pflege für diese Patientengruppe, Gefühl des manipuliert-werdens und des misstraut-werdens spiegelten, sowie Ängste bezüglich der Eigen- und Patientensicherheit. Die meisten Aussagen zu diesem Thema.</p> <p>(3) Bildungsbedarf: Zu diesem Thema gehörten Aussagen, in denen berichtet wurde, sich unvorbereitet und unzureichend gebildet zu fühlen, hinsichtlich der Pflege von substanzabhängigen/anderen psychisch erkrankten Patienten, ebenso wie der Bedarf an Unterstützung für sich und für die Patienten von spezialisierten Fachpersonen. Weniger Aussagen zu diesem Thema.</p> <p>(4) Anteilnahme/Mitleid: Besorgnis über Patienten und deren Familien.</p> <p>Ergebnisse 2. Frage</p> <p>Die Antworten zur 2. Frage gehörten teilweise zu ähnlichen Themen, wie aus der 1. Frage. Namentlich waren dies die Fürsorgepflicht und negative Sichtweise bezüglich der Pflege von substanzabhängigen Patienten (hier als Herausforderungen in der Pflege kategorisiert). Ein drittes Thema war die Inkongruenz im Schmerzassessment, -management.</p> <p>(1) Inkongruenz im Schmerzassessment, -management: Dieses Thema wurde generiert aus Aussagen über Dissonanzen, hinsichtlich des Schmerzassessments und der Bitte/Forderung der Patienten nach Analgesie. Verändertes Schmerzmanagement generell bei Patienten, aufgrund Erfahrung mit substanzabhängigen Patienten, Zweifel bezüglich der wahrheitsgerechten Aussage der Patienten über ihre Schmerzen.</p> <p>(2) Ethische Pflichten: Wahrung der Professionalität und ethischen Verpflichtungen trotz Besorgnis.</p> <p>(3) Herausforderungen in der Pflege: Negative Wahrnehmungen gegenüber Patienten mit Substanzmissbrauch/-abhängigkeit hinsichtlich Rückfälligkeit und Misstrauen.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Die Kategorien werden im Fliesstext sowie in Grafiken dargestellt und mit Zitaten unterstützt.</p>
Diskussion	<p>Das Thema der Sicherheitsbedenken von Pflegefachpersonen wurde als angemessen bewertet, mit dem Verweis auf dieselbe Einschätzung des Weltbunds der Pflegefachpersonen (International Council of Nurses, 2009). An dieser Stelle wird vermerkt, dass zwar die Patientensicherheit erhöht werden konnte, jedoch die Sicherheit der Pflegefachpersonen weitere Aufmerksamkeit benötigt und Sicherheitsmassnahmen gewährleistet werden müssen. Dass die Pflegefachpersonen gegenüber Patienten mit einer Substanzabhängigkeit negativ eingestellt sind, weil sie als manipulativ, aggressiv, anspruchsvoll, unzuverlässig eingeschätzt wurden und sie eine Sinnlosigkeit hinter ihrer Arbeit mit rückfälligen Patienten sehen, deckt sich mit den Ergebnissen aus dem Review von van Boekel et al (2013). Ebenso deckend mit Ergebnissen aus anderen Literaturergebnissen (Lovi & Barr) ist, dass Pflegefachpersonen trotz manipulativem Verhalten der Patienten für sie einstehen und eine objektive, nicht – verurteilende Pflege gewährleisten wollen.</p> <p>Zusammenfassung: Übereinstimmend mit anderer Literatur, unterstützen die Ergebnisse den Bedarf an grundlegender Bildung, sowie weiterführenden Bildungsangeboten für Pflegefachpersonen sowie Entwicklung/Verbesserung eines supportiven, kollegialen Netzwerks im praktischen Setting.</p>

Implikationen: Bezüglich Sicherheit: Pflegedienstleiter können ein verbessertes und sicheres Umfeld ermöglichen, durch verschiedene Massnahmen. Unterstützungsangebote durch psychosoziale Fachkräfte würden die Teamarbeit ermöglichen, welche erforderlich ist, um die komplexen Bedürfnisse der Patienten umfassend einzuschätzen und ihnen kompetente Pflege bieten zu können. Ein unterstützendes, interprofessionelles Team ermöglicht es, ethische Dilemmata in der Pflege zu thematisieren und kompetente Strategien auszuarbeiten. Ebenso müssen Massnahmen zum Schutz der Sicherheit von Personal und Patienten sichtbar und verfügbar auf den Stationen sein. Allgemeine Schulungsprogramme, welche die best-practice hinsichtlich den komplexen Bedürfnissen der Patienten vermitteln, die Erfassung, Prävention und Verhinderung von Aggression und Gewalt sind nötig, sowie Informationen über neue Erkenntnisse aus der Praxis und Forschung (z.B. bezüglich Schmerzmanagement) werden benötigt. Ebenso muss das Gesundheitspersonal geschult werden, im spezifischen Ablauf bei einer bevorstehenden Gefahrensituation. Auch soll nach einem Gewaltereignis eine Nachbesprechung stattfinden. Es wird vermutet, dass dies den betroffenen Pflegefachpersonen helfen wird, das Ereignis zu verarbeiten. Es wird vermutet, dass diese Massnahmen Pflegefachpersonen beruhigen, ihre Angst mindern und die Pflege zu den Patienten verbessern.

Limitationen: Erweiterte Forschung wird benötigt, um die komplexen Herausforderungen in der täglichen Pflege mit dieser Patientengruppe besser zu verstehen. Ebenso wird weitere Forschung benötigt, um die Auswirkung einer verbesserten Bildung und Teamsupport auf die Haltung der Pflegefachpersonen gegenüber ihren Patienten zu ermitteln.

Würdigung der Studie von Neville, K., Roan, N. (2014): Challenges in Nursing Practice Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence.

Einleitung	Das Phänomen wird genau beschrieben und ist für die Pflegepraxis relevant. Das Ziel wird explizit dargestellt. Eine Forschungsfrage wurde nicht formuliert. Das Thema wird mithilfe bereits vorhandenen Forschungsergebnissen und Literatur genauer beleuchtet. Keine Informationen zur Signifikanz.
Methode	<p>Ansatz/Design: Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung scheint insofern repräsentativ für diese Population, da die Teilnehmer in verschiedenen Abteilungen arbeiteten und die charakteristischen Merkmale Unterschiede aufzeigten. Was die Repräsentativität der Stichprobe beschränkt, ist, dass alle Teilnehmer im selben Krankenhaus arbeiten. Die Ergebnisse können sich demnach auf die Pflegefachpersonen in diesem Spital übertragen lassen. Die Angemessenheit der Stichprobengröße wurde nicht gerechtfertigt.</p> <p>Das Setting und der Ablauf der Datenerhebung wurde nachvollziehbar beschrieben. Die Charakteristiken der Teilnehmenden sind im Fließtext dargestellt. Die ausgewählten Teilnehmenden erlebten das zu beforschende Phänomen und sind somit geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen.</p> <p>Datenerhebung: Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben. Die Vorgehensweise wurde nachvollziehbar beschrieben. Die Datensättigung wurde nicht diskutiert. Die Selbstbestimmung / Einwilligung der Teilnehmenden wird beschrieben.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es gibt keine Informationen zum philosophischen Hintergrund der Forschungsarbeit. Es lässt sich jedoch ableiten, dass die Studie zur Phänomenologie gehört und qualitativ – deskriptiv ist. Standpunkte der Forschenden können in verschiedenen Teilen der Studie herausgelesen werden. Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie ist unklar. Der methodologische Ansatz erscheint logisch aus der Fragestellung.</p> <p>Datenanalyse: Die Analyse (Coding) wurde nicht nachvollziehbar beschrieben oder referenziert. Die analytischen Schritte werden ungenau beschrieben. Da die Analyseergebnisse Experten vorgelegt wurden und diese sie auf die Richtigkeit / Nachvollziehbarkeit überprüften, kann davon ausgegangen werden, dass die Datenanalyse präzise/glaubwürdig ist. Analytische Entscheidungen wurden nicht beschrieben.</p> <p>Ethik: Ethische Fragen wurden nicht diskutiert, jedoch wurde die Studie von der Ethikkommission bewilligt.</p>
Ergebnisse	Die Einteilung der Aussagen in Themen/ bzw. generierten Ergebnisse erscheinen nachvollziehbar. Die in der Studie dargestellten Aussagen scheinen die Reichhaltigkeit der Daten zu reflektieren, jedoch wurden nicht alle Aussagen dargestellt, deshalb ist es nur begrenzt beurteilbar, ob die Ergebnisse/generierten Kategorien alle Aussagen repräsentieren. Es ist unklar, inwieweit/ob die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten übereinstimmen. Die Kategorien wurden mit einigen Zitaten illustriert/bestätigt. Die Kategorien sind inhaltlich unterscheidbar.
Diskussion	Die Interpretationen leisten einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens, somit wurde das Ziel der Untersuchung erreicht. Ergebnisse werden mit empirischer Literatur/ Forschungsergebnissen zum Phänomen verglichen, die Einschätzung/ Beurteilung der Forschenden selbst bleibt aus. Die Forschenden geben erst im Abschnitt der Implikationen einen Beitrag zum Thema. Die Implikationen und Empfehlungen scheinen realisierbar und nachvollziehbar. Die Schlussfolgerung spiegeln die Ergebnisse der Studie wider.

Güte/ Evidenzlage

Objektivität: Die Analyse und Kategorisierung der Aussagen der Studienteilnehmenden wurden Fachexperten in Recherche und Methodologie vorgelegt, welche dann einen Konsens in den Aussagen und interpretierten Mustern fanden. Keine Angaben zur Prüfung des Auditinhalts oder Auditprozesses.

Zuverlässigkeit: Keine Informationen bezüglich der Reflexion von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Datenerhebung und –analyse.

Datenanalyse wird von Fachexperten in Recherche und Methodologie geprüft. Keine Angaben, ob die Ergebnisse durch jemanden ausserhalb des Forschungsteams geprüft wurden.

Glaubwürdigkeit: Da die Ergebnisse auch anhand von Zitaten der Studienteilnehmenden dargestellt werden, wird die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht. Durch den Einbezug von anderen Forschungsergebnissen werden die Ergebnisse differenzierter dargestellt und deren Aussagekraft erhöht. Negativfälle und Gefahren werden benannt.

Übertragbarkeit: Die vorhandenen Zitate im Text wirken plausibel, deren Bezug zu den Ergebnissen und Empfehlungen ist nachvollziehbar. Die Ergebnisse und Aussagen der Studienteilnehmenden, sowie die generierten Hauptthemen aus den Aussagen können in weiteren Forschungen mitbeachtet/einbezogen werden.

Evidenzlevel: Stufe 6

Zusammenfassung der Studie von Dion, K. (2019): Perceptions of persons who inject drugs about nursing care they have received.

Einleitung	<p>Phänomen: Ansichten von drogenabhängigen Patienten über die erhaltene Betreuung von Pflegefachpersonen im Setting des Akutspitals.</p> <p>Relevanz: Die ersten Begegnungen von PWID (persons who inject drugs) im Akutspital finden oft mit Pflegefachpersonen statt. Diese Interaktionen beeinflussen die ehrliche Informationsgabe (über Drogenkonsum, Infektionskrankheiten) der PWID, die Beratungsempfänglichkeit, Einhalten der empfohlenen Behandlung und die Implementierung des Schadenverminderungskonzepts (Dubois, 2017). Die Beziehung stellt ein möglicher Katalysator für eine Verhaltensänderung dar und ist von grosser Wichtigkeit. Es ist entscheidend, die Erfahrungen und Ambitionen der PWID zu verstehen, um Strategien zu entwickeln und eine mitfühlende, effektive Pflege bei dieser vulnerablen Population, zu gewährleisten.</p> <p>Theoretischer Hintergrund: Drogenabhängigkeit als chronische, wiederholende psychische Erkrankung (National Institute of Drug Addiction, 2014). PWID nehmen selten Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch, und wenn, nur für eine kurze Episode, z.B für die Behandlung von Abszessen, Endokarditis, Überdosierung oder anderen abhängigkeitsbedingten Erkrankungen (WHO, 2014). PWID haben die höchste Rate an Spitalentlassungen gegen ärztlichen Rat, was wiederum höhere Kosten und Schaden verursacht (McNeil, Small, Wood, & Kerr, 2014). Drogenkonsum wird grundsätzlich stigmatisiert es wird oft von einer Selbstverschuldung ausgegangen (Brener, Von Hippel, Kippax, & Preacher, 2010). Nach den WHO Richtlinien (2014) sollten Gesundheitsfachpersonen eine miteinander beziehende, wertfreie und informierende Betreuung zu PWID gewährleisten und weiterführend beraten, über Gesundheitsrisiken wie HIV und HCV. So wird die Selbstfürsorge und Adhärenz gegenüber der Behandlung gefördert.</p> <p>Modell: Travelbees (1971) Beziehungsmodell über den zwischenmenschlichen Prozess. Voraussetzung für erfolgreiche Beziehungsgestaltung ist die gegenseitige Absicht, sich als Menschen zu sehen. Vier Phasen: (1) erste Begegnung, Bildung von Ansichten und Meinungen, (2) Identitätsbildung, Erkennen der Einzigartigkeit und Entstehung von Bindung, (3) Empathie, bewusster Prozess und Erkennen von Verhaltensmechanismen, (4) Sympathie, Befreiung von Distress/Leiden. Das Durchlaufen aller Phasen führt zur Übereinstimmung/Harmonie und das Ziel der Beziehungsgestaltung ist erreicht.</p>
-------------------	---

	<p>Ziel: Verstehen von Wahrnehmungen, Barrieren und Grenzen bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei dieser vulnerablen Population.</p>
Methode	<p>Design: Qualitative Studie mittels Fallstudie, holistische Herangehensweise, Vergleich 8 Fallstudien und 1 Rival Case.</p> <p>Stichprobe: Personen mit aktuellem intravenösem Drogenkonsum, welche Behandlung erhielten auf einer medizinischen Abteilung in den vereinigten Staaten, welche max. 1 Jahr her ist. Mind. 18 J. alt und englisch-sprechend. Rekrutierung von zwei unterschiedlichen Anlaufstellen, 16 Personen stimmten Interview zu, 9 Personen nahmen Interviewtermin wahr.</p> <p>Datenerhebung: demografische Daten wurden erhoben. Interviews wurden in einem privaten Büro geführt, das Gesagte aufgenommen und transkribiert. Erhebung mittels offener Fragen.</p> <p>Datenanalyse: Codierung der Interviews nach Miles & Hubermann (1994) und Benutzung von bereits erstellten Codes, basierend auf Travel-bees (1971) Theorie. Zusätzliche Codes wurden fortlaufend erstellt. Zusätzlich wurden in vivo Codes verwendet, für die Kategorisierung der Daten. Daten welche von der Autorin erhoben wurden, wurden von einem externen Experten überprüft.</p> <p>Ethik: Genehmigung der Ethikdiskussion wurde erteilt.</p>
Ergebnisse	<p>Studienteilnehmer besitzen einige demografische Unterschiede, diagnostizierte psychische Erkrankung als einzige Gemeinsamkeit. Es wurden mehrere Kategorien und Unterthemen erhoben.</p> <p>Hauptkategorie Marginalisierung</p> <p>(1) Gefühle der Wertlosigkeit: Internale und externale Wahrnehmungen des negativen Selbstbildes, ignorierendes und abwertendes Verhalten von Pflegefachpersonen, Vermittlung des Gefühls, nicht willkommen zu sein, Belastung zu sein, welche als selbstverschuldet angesehen wird und Behandlung nicht verdient zu haben. Verschweigung von Konsum, aufgrund fehlendem Verständnis der Pflegefachpersonen. Verstärkung depressiver Symptomatik und schlechterer Zustand nach Verlassen des Akutspitals.</p> <p>(2) Misstrauen: Alle Teilnehmenden berichteten über Misstrauen gegenüber Pflegefachpersonen, teilweise auch fehlende Sicherheit und Schutz, aufgrund vorenthaltener Informationen auf Seite der Pflegefachpersonen. Fehlende Übereinstimmung zwischen Erwartungen an eine Pflegefachperson (mitfühlend, fürsorglich, bewahren Patienten von ihrem Leiden, keine Verurteilung der Patienten) und der Realität.</p> <p>(3) Unvorhersehbarkeit: Gefühl der Unvorhersehbarkeit der Behandlung, Grund für nicht-aufsuchen von medizinischer Unterstützung. Schnelle Auffassung und Einschätzung über Pflegefachperson mittels Interpretation von nonverbaler und verbaler Kommunikation. Drei Teilnehmende mit mehreren Spitalaufenthalten, mit und ohne Drogenkonsum, berichteten von unterschiedlicher Behandlung, schlechtere Erfahrungen bei aktuellem Drogenkonsum.</p> <p>(4) Pflegefachpersonen begegnen ohne Selbsterfahrung der Marginalisierung: positive Beschreibungen von Pflegefachpersonen welche über Entzugssymptomatik und Behandlung beraten haben, oder Aufzeigen von Möglichkeiten, um an steriles Injektionsmaterial zu gelangen. Solche positiven Erfahrungen führten zur Senkung des Konsums, Reduktion der Begleiterkrankungen, bis zu Abstinenz.</p> <p>Hauptkategorie: Defensives Verhalten</p> <p>Defensives Verhalten als Folge der subjektiven, inadäquaten Pflege, welche die Studienteilnehmenden erhielten. Zeigte sich unterschiedlich; verbal oder körperlich, Konfrontation des unangebrachten Verhaltens der Pflegefachperson, welches zu vermehrter Marginalisierung führte. Defensives Verhalten ohne Erfolg, da Pflegefachperson in Machtposition.</p> <p>Hauptkategorie: wiederholende Diskriminierung</p> <p>(1) verminderte Selbstfürsorge, (2) Aufschiebung Inanspruchnahme Behandlung.</p> <p>Diskriminierung führte bei allen Teilnehmenden zur Entlassung gegen medizinischen Rat, erhöhte den Drogenkonsum, verringerte das Aufsuchen von Gesundheitsdienstleistungen und erhöhte die Schamgefühle</p>

	<p>Hauptkategorie: Verstehen von Sucht</p> <p>In diesem Kapitel sind Ergebnisse von einer Studienteilnehmenden aufgeführt, welche mehrmals positive Erfahrungen erlebte, während eines Spitalaufenthaltes. Sie fühlte sich verstanden und ernst genommen und nahm die Pflegefachpersonen als einfühlsam, aufmerksam und unterstützend wahr. Sie fühlte sich nicht verurteilt und sah den Unterschied darin, dass die Abhängigkeitserkrankung als Krankheit angesehen wurde und sie nicht als Junkie gesehen wurde. Dieses Verständnis von Sucht führt zu einer grösseren Akzeptanz ihrer Situation. Durch diese einzigartige beschriebene Erfahrung, nahm sie vermehrt medizinische Unterstützung in Anspruch.</p>
Diskussion	<p>Negativ erlebte Erfahrungen (von allen Studienteilnehmenden beschrieben) führt zu einem erhöhten Drogenkonsum, vermehrter depressiver Symptomatik und Misstrauen, Vermeidung Interaktion mit Gesundheitsfachpersonen und Retraumatisierung. Das zeigt sich auch in den Ergebnissen von Slepper und Bochain (2014); Pflegefachpersonen verstärken mit ihrem vermeidenden und unsensiblen Verhalten die Gefühle von Wertlosigkeit von Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung. Weiteres Verhalten, wie negative nonverbale Reaktionen, Verletzung der Würde der Patienten, Vorenthalten von Informationen und fehlender Respekt führen zu einer dysfunktionalen Beziehung.</p> <p>Positiv erlebte Erfahrung (von drei Studienteilnehmenden beschrieben) führt zu einer erhöhten Selbstfürsorge, schadenvermeidendes Verhalten und früheres Aufsuchen von medizinischer Unterstützung. Den Unterschied macht die Nachfrage nach Wohlbefinden, Erkennen und Anbieten von Ressourcen, keine Verurteilung und eine menschenwürdige Betreuung, welche sich gegenüber den anderen Patienten nicht unterscheidet. Einfühlsames Verhalten führt zu einer ganzheitlichen und verbindlichen Patient-Pflege Beziehung (Tejeres, 2016).</p> <p>Die Autorin beschreibt die Anwendung des Modells von Travelbees (1971) bei dieser Population als nützlich, da es sich auf die Individualität der Patienten bezieht. Für die Gestaltung einer positiven Beziehung benötigt die Pflegefachperson ein holistisches Engagement, einen guten Willen, aktives Zuhören, beratende Kompetenzen und eine situationsgerechte Einschätzung des Patienten. Der Gebrauch des Modells verbessert die Erfahrung der PWID bei einer Hospitalisierung.</p> <p>Schlussfolgerung: Pflegefachpersonen tragen einen wichtigen Beitrag zur Schadensvermeidung von Drogenkonsum bei, ein nicht verurteilendes Verhalten ist dabei essentiell. Ebenso Wissen über die Abhängigkeit, Nebenwirkungen und frühzeitiges Erkennen und Behandeln der Entzugssymptomatik. Auch die Konsultation von psychologischen oder abhängigkeitsspezifischen Dienstleistungen, für die Anwendung von evidenzbasierten Massnahmen. Pflegefachpersonen sollten geschult werden in Abhängigkeit, Pflege bei Traumatisierung und der motivierenden Gesprächsführung. Die Literatur zeigt, dass dies zu einer Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehung führt und so zu einer erhöhten Bereitschaft für eine Verhaltensänderung. Daraus resultiert eine Schadensverminderung, Reduktion der Gesundheitskosten und langanhaltende Effekte auf die chronische Erkrankung.</p>

Würdigung der Studie von Dion, K. (2019): Perceptions of persons who inject drugs about nursing care they have received.

Einleitung	Studie beantwortet relevante Frage der Pflege und das beschriebene Phänomen ist klar benannt. Das Ziel der Forschungsarbeit ist explizit dargestellt, die konkrete Forschungsfrage fehlt, lässt sich jedoch ableiten. Das Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt. Die Diskussion über die Signifikanz der Arbeit fehlt.
Methode	Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar und begründet. Die Stichprobe ist eher klein und beinhaltet diverse demografische Unterschiede, deshalb bedingt repräsentativ für die Population. Die Stichprobenauswahl ist wenig beschrieben und das Setting nur kurz erwähnt. Die Teilnehmenden erleben das beforschte Phänomen, es ist jedoch unklar ob die erlebte Diskriminierung alleine vom Drogenkonsum abhängig ist. Die Studienteilnehmenden wurden nur einmal interviewt, mehrere Sitzungen oder Besprechungen der Ergebnisse waren aufgrund der fehlenden Bereitschaft und beeinträchtigten Gedächtnisses nicht möglich. Es ist fraglich, ob die Interviewten als Informanten geeignet sind. Da sich die Arbeit jedoch mit Abhängigkeitserkrankten befasst, werden sie für die Datenbereitstellung benötigt. Das Vorgehen der Datenerhebung wurde sehr individuell gewählt und ist knapp beschrieben, die Selbstbestimmung ist mit der holistischen Herangehensweise gegeben. Der methodologische Ansatz ist logisch und für das Phänomen geeignet. Die Datenanalyse erfolgte mittels Codes, welche in der Studie beschrieben werden. Analytische Entscheidungen wurden beschrieben, sind jedoch nicht überprüfbar. Ethische Fragen wurden nicht diskutiert, die Genehmigung der Ethikkommission wurde eingeholt. Es erfolgte ein Peerfeedback mit einer externen Fachperson.
Ergebnisse	Die Ergebnisse sind im Kontext verankert und die Kategorien mit Zitaten bestätigt. Die Kategorien erklärten das Phänomen, teilweise wiederholende Aussagen und somit sind die Kategorien nicht immer inhaltlich unterscheidbar. Es wird ein Modell hinzugezogen und erlaubt so eine plausible Interpretation der Daten. Es fehlen Tabellen oder Illustrationen, welche die Ergebnisse darstellen.
Diskussion	Die Interpretationen leisten einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und die Forschungsfrage kann mit den Ergebnissen beantwortet werden. Die Ergebnisse werden mit Literatur, welche dasselbe Phänomen beleuchten, verglichen und diskutiert. Die Ergebnisse sind relevant für die Pflege und die Bedeutung und Schlussfolgerungen wurden diskutiert. Das Evidenzlevel der Studie ist aufgrund der kleinen Stichprobe, des einmaligen Interviews und der fehlenden Möglichkeit für Rückfragen und Diskussion der Ergebnisse mit den Studienteilnehmenden, begrenzt.

Güte/ Evidenzlage

Glaubwürdigkeit: Glaubwürdigkeit gesichert durch Hinterlegung der Ergebnisse mit Zitaten der Studienteilnehmern. Ergebnisse wurden nicht an die Studienteilnehmenden retourniert und die Datenerhebung wurde sehr individuell gewählt was einen Einfluss auf die Glaubwürdigkeit hat. Glaubwürdigkeit der Ergebnisse wurde durch Peerfeedback geprüft.

Übertragbarkeit: Stichprobenauswahl von mehreren Akutspitälern erhöht die Übertragbarkeit auf die Zielpopulation.

Zuverlässigkeit: Analytische Entscheidungen wurden beschrieben (Aufnahme eines Rival Case). Interview nur einmal möglich daraus ergibt sich eine Einschränkung der Zuverlässigkeit

Bestätigbarkeit: Die Überprüfung mittels Peerfeedback einer externen Fachperson und dem Führen von Feldnotizen, erhöht die Bestätigbarkeit.

Evidenzlevel: Stufe 6